

UNIVERSITÉ DE GENÈVE
Clinique de dermatologie
et de vénéréologie

FACULTÉ DE MÉDECINE
Professeur P. Laugier

Les granulomes sarcoïdiques de la syphilis

THÈSE

présentée à la Faculté de médecine
de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de docteur en médecine

par

MARIE-ANGE JACCARD

de

Sainte-Croix (Vaud)

Thèse No 3485

Lausanne
Imprimerie Vaudoise

1976



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Les granulomes sarcoïdiques
de la syphilis

UNIVERSITÉ DE GENÈVE
Clinique de dermatologie
et de vénéréologie

FACULTÉ DE MÉDECINE
Professeur P. Laugier

Les granulomes sarcoïdiques de la syphilis

THÈSE

présentée à la Faculté de médecine
de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de docteur en médecine

par

MARIE-ANGE JACCARD

de

Sainte-Croix (Vaud)

Thèse No 3485

Lausanne
Imprimerie Vaudoise
1976

IMPRIMATUR

La Faculté de médecine, sur le préavis du professeur Paul Laugier, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 5 février 1976.

Le doyen :
William GEISENDORF.

Thèse No 3485.



Au Professeur Paul Laugier

Nous tenons à remercier d'une manière particulière le Professeur Paul Laugier, notre maître, dont les conseils et l'autorité ont constamment éclairé nos efforts. L'appui qu'il nous a prodigué nous inspire, au-delà de la gratitude, un attachement respectueux dont toute notre existence professionnelle gardera la marque.

Notre remerciement s'étend très naturellement au Docteur M. Orusco et au Dr L. Olmos dont les avis éclairés et la généreuse bienveillance ont grandement facilité l'élaboration de cette thèse.

Table des matières

.....

- INTRODUCTION	1
- I GENERALITES	5
- II ETUDE CLINIQUE	31
- DISCUSSION	98
- CONCLUSION	116
- BIBLIOGRAPHIE	118

I N T R O D U C T I O N

Depuis une trentaine d'années, la syphilis évolue.

Après sa quasi disparition en 1957, elle a repris une extension considérable et, si elle peut être maintenant rapidement et facilement jugulée, ses manifestations cliniques prennent très souvent un aspect inhabituel ou rarement décrit autrefois. Mais à côté d'une image clinique non classique, on peut être dérouté par l'histologie faite alors pour faciliter le diagnostic et dont l'image surprend parfois.

C'est en nous basant sur quelques observations semblables publiées par la Clinique dermatologique de Genève que nous avons fait une revue de la littérature en nous occupant plus spécialement de l'histopathologie de la syphilis secondaire.

En octobre 1972, P. LAUGIER, N. HUNZIKER, M. DRUSCO et J. REIFFERS ont publié deux observations de patients atteints de syphilis secondaire avec histologie de granulomes sarcoïdiques. Cette image était inattendue chez des malades dont les lésions étaient évidentes et la sérologie positive.

Mais chez l'un d'eux seulement le traitement amena la disparition des lésions. Nous reviendrons en détail sur ces observations.

Mais depuis lors nous avons étudié systématiquement l'histologie de tous les cas de syphilis secondaire observés à la Clinique.

Historique

Il y a 60 ans, l'attention de PAUTRIER avait été attirée sur l'image histologique sarcoïdique de la syphilis et il écrivait que le groupe des sarcoïdes est un syndrome dans lequel la syphilis peut intervenir autant que la tuberculose.

- Plus tard, en 1929, J.GATE et J.ROUSSET rapportent l'observation d'un homme de 50 ans, porteur de lésions nodulaires disséminées, histologiquement évocatrices de sarcoïdes, présentant une sérologie fortement positive et chez qui les lésions régressent sous traitement antisyphilitique (novarsénobenzol).

- En 1932, J.GATE, P.J.MICHEL, et J.A.THEVENON rapportent le cas d'une patiente de 65 ans, présentant des sarcoïdes hypodermiques de nature syphilitique, situées dans la région cervicale ainsi que sur l'avant-bras, avec sérologie positive et dont le seul traitement mercuriel va entraîner la guérison complète.

- P. LE COULANT, en 1935, publie le cas d'un patient atteint de syphilis secondaire dont les lésions histologiquement sarcoïdiques sont rebelles au traitement bismuthique.

- E. BERNSTEIN et M. LEIDER, en 1950, ont observé une femme de 33 ans présentant, 18 ans après une syphilis primaire, des lésions érythémato-nodulaires de type tertiaire, histologiquement sarcoïdiques, qui régressent très rapidement avec la pénicilline.

- En 1968, L. BIRD, A. HILL et E. KUFLIK publient l'observation d'un homme de 52 ans, atteint d'une syphilis secondaire cutané-viscérale, avec sérologie fortement positive. L'histologie d'une lésion montre "un granulome dermique non caséux". Sous traitement pénicilliné, une réaction de Herxheimer est déclenchée, mais la régression des lésions, débutant trois jours plus tard, est complète en trois semaines.

- En 1969, LANTIS et coll., sous le titre "Sarcoïd granuloma in Secondary Syphilis", publient l'observation d'une femme de 43 ans porteuse de lésions papulo-croûteuses, dont la sérologie est très positive, dont l'histologie révèle d'abord une image de granulome sarcoïdique, puis, une semaine plus tard, une réaction granulomateuse de type tertiaire. Les lésions s'affaissent sous pénicilline.

- En 1971, R. SINGH et coll. publient, sous le titre "Sarcoïd Reaction of the Skin in Syphilis", l'observation de lésions érythémato-papulo-squameuses, chez un patient ayant contracté une syphilis vingt ans auparavant, dont l'image histologique est sarcoïdique, et qui vont régresser rapidement sous pénicilline.

- En 1971 également, L. KAHN et W. GORDON ont observé cinq cas de granulome sarcoïdique chez des patients atteints de syphilis secondaire. Le traitement pénicilliné va entraîner une régression des lésions chez tous ces sujets.

- En 1974, J. DELACRETAZ et B. TAPERNOUX rapportent également l'observation d'un cas de syphilis secondaire dont l'image histologique est sarcoïdique.

Nous reprendrons donc l'étude de nos cas en les confrontant avec ces observations et avec l'histologie systématique que nous avons faite chez 23 malades atteints de syphilis secondaire.

Mais auparavant, nous rappellerons les divers aspects histopathologiques de cette période de la maladie.

I

GENERALITES

Au cours de la période secondaire de la syphilis, l'importance, le nombre et la variété des lésions cliniques sont bien connues, assorties de lésions histologiques dont la diversité leur est souvent étroitement liée mais qui peut également varier en fonction de leur ancienneté.

La première manifestation de la période secondaire, la roséole, est constituée classiquement par une ectasie des capillaires entourés par une mince couche de lymphocytes. Si l'exanthème augmente et si la lésion devient turgescente, spontanément ou en cas de réaction d'Herxheimer, on peut voir quelques polynucléaires s'ajouter aux cellules inflammatoires mononucléés. Mais ceci n'entre pas dans notre étude.

Les syphilides papuleuses vont évoluer et se répéter pendant de nombreux mois chez les sujets non traités. L'histologie de la papule classique est caractérisée par un infiltrat cellulaire dermique occupant plusieurs papilles et s'enfonçant plus ou moins pro-

fondément. Des vaisseaux situés au centre de cet infiltrat ont les mêmes modifications de leur paroi que ceux du chancre : turgescence de l'endothélium et rétrécissement de la lumière vasculaire, qui n'est qu'exceptionnellement total, épaississement de la paroi des capillaires, de la média et de l'adventice des vaisseaux de plus grand calibre, avec nombreuses cellules inflammatoires.

Les lymphatiques sont moins touchés que dans le chancre.

On note un infiltrat cellulaire dense, polymorphe, variant suivant le stade de la maladie : au début presque purement plasmocytaire, ultérieurement lympho-plasmocytaire, formant des îlots isolés, bien délimités, autour des vaisseaux.

Certains éléments cellulaires peuvent être altérés : les plasmocytes riches en protoplasme peuvent présenter une anisocytose marquée, qui augmente avec l'âge de la papule syphilitique. Le cytoplasme est parfois vacuolisé, émettant de petits prolongements ; ces derniers peuvent se rompre et apparaître sous forme de résidus basophiles entre les cellules. On peut également constater la présence de plasmocytes bi-nucléés.

Ces infiltrats lympho-plasmocytaires en îlots peuvent aussi être situés autour de nerfs du derme profond.

Les gros vaisseaux, comme les veines sous-cutanées, peuvent être touchés.

Dans les syphilides papuleuses géantes, l'infiltrat cellulaire s'étend jusqu'à l'hypoderme ; la vascularite est alors nette, avec prolifération de l'intima des veines et des artères.

L'épiderme, le derme et les annexes ne sont pas détruits ; l'infiltrat cellulaire est important surtout autour des vaisseaux papillaires et sous-papillaires et autour des follicules pileux. Les fibres collagènes et élastiques peuvent être repoussées par cet infiltrat cellulaire ; elles peuvent être masquées mais ne sont pas détruites, raison pour laquelle il n'y a jamais de cicatrice.

Dans les syphilides squameuses ou psoriasiformes, les papilles sont oedématisées ; les espaces intercellulaires au niveau des crêtes épidermiques et de l'épiderme sus-papillaire sont également oedématisés, élargis et remplis de cellules inflammatoires. La couche granuleuse disparaissant est surmontée d'une couche cornée parakératosique ; en-dessous peuvent exceptionnellement se former de véritables pustules de Kogoj, comme GROSSHANS l'a signalé.

Les syphilides peuvent être croûteuses, lorsqu'une migration leucocytaire importante s'accompagne d'une érosion de l'épiderme.

Dans les syphilides ulcéreuses, l'épiderme est totalement détruit et remplacé par une fine couche de fibrine, mêlée à des cellules détruites, à des cellules inflammatoires, à des lamelles cornées également détruites. Plus l'épiderme est endommagé, moins spécifique est l'infiltrat ; l'infiltrat péri-vasculaire typique ne s'observe que dans la profondeur du derme et sous l'épiderme sain avoisinant.

L'intensité de ces lésions dermo-épidermiques et vasculaires est particulièrement marquée dans le rupia syphilitique.

Dans la syphilis maligne précoce, derme et épiderme sont détruits et l'ulcération est profonde. L'infiltrat inflammatoire est la plupart du temps non-spécifique et les vaisseaux sont endommagés surtout en raison de la nécrose dermique. Alors que dans les syphilides le tréponème peut être mis facilement en évidence, ce n'est pas le cas dans les syphilis malignes. Les opinions sur le mécanisme physiopathologique de son apparition ne sont pas identiques. C'est la raison pour laquelle une description histologique univoque ne peut être avancée.

W. ADAM et G.W. KORTING, par exemple, soulignent l'infiltrat cellulaire qui s'étend jusqu'au tissu adipeux. D'après ces auteurs, les plasmocytes sont très nombreux, contrairement à l'opinion de R. DEGOS et collaborateurs qui n'ont observé qu'un faible infiltrat plasmocytaire mais par contre une vascularite oblitérante diffuse, responsable de la nécrose très importante de la peau.

P. LAUGIER, N. HUNZIKER et A. BEZZOLA ont constaté, dans un cas de syphilis maligne précoce qu'ils ont observé, un épiderme aminci, avec un début de nécrose, envahi de lymphocytes, de polynucléaires et de plasmocytes ; un infiltrat dermique dense et important, lympho-plasmocytaire, à disposition péri-vasculaire ; les altérations vasculaires sont nettes avec tumescence endothéliale et rétrécissement de la lumière.

L'épiderme des syphilides palmo-plantaires est toujours fortement hyperkératosique ; par ailleurs ces lésions ont la même image histologique que les syphilides banales.

Les syphilides folliculaires ou péri-pilaires acuminées sont caractérisées par un infiltrat dense, très bien délimité, s'étalant autour de l'axe des follicules pileux. Les cellules inflammatoires détruisent les couches épithéliales des poils et des glandes sébacées ; le poil ne comporte plus qu'une couche interne incomplète et peut se trouver libre dans l'infiltrat ; celui-ci est constitué de lymphocytes et de plasmocytes, mais aussi d'un pourcentage élevé de polynucléaires, de mastocytes,

de cellules du tissu conjonctif, de cellules épithélioïdes, de cellules géantes du type Langhans ou de type à corps étranger. Les vaisseaux sont atteints et les fibres élastiques sont détruites.

Les papules syphilitiques lichénoïdes ont également une image histologique particulière : dans la plupart des cas, l'épiderme est épaissi au-dessus de plusieurs papilles et la jonction dermoépidermique n'est plus très nette. L'infiltrat sous-jacent est limité à la portion d'épiderme atteinte et envoie quelques pseudopodes dans le derme voisin ; cet infiltrat est localisé au niveau de la membrane basale et atteint la partie inférieure du corps muqueux de Malpighi. Une forme particulière de ces papules lichénoïdes montre une atrophie de l'épiderme avec, au-dessous, prenant trois ou quatre papilles, un petit îlot bien délimité formé de cellules épithélioïdes, de cellules géantes et de quelques lymphocytes. Cette image histologique est donc sarcoïdique ou très voisine de celle du lichen scrofulosorum, voire même du lichen nitidus. Mais de telles images sarcoïdiques seraient pour certains assez fréquentes dans la syphilis secondaire, sans être l'apanage des syphilides folliculaires ou péri-pilaires. C'est leur découverte dans plusieurs de nos cas qui nous a d'ailleurs incités à faire ce travail.

Dans les syphilides acnéiformes, on peut constater une destruction du follicule pileux avec formation d'un abcès en-dessous du bouchon corné de l'ostium. Cet abcès peut aussi se former dans la région périfolliculaire, au niveau sous-épidermique, ainsi que dans les couches extérieures des poils.

Cette affinité de la syphilis pour les formations folliculaires explique l'alopecie syphilitique : l'infiltrat atteint la partie basse de plusieurs follicules pileux d'une même région ; en conséquence, on observe une expulsion des poils de cette région.

Les syphilides papuleuses géantes des plis, appelés également condylomes plats et que nous préférons dénommer plaques cutané-muqueuses hypertrophiques, sont caractérisées par une importante prolifération de l'épiderme ainsi que par un infiltrat plasmocytaire dermique et un oedème plus ou moins important. Les crêtes épidermiques sont allongées et très souvent se divisent de façon irrégulière. A ce niveau, les cellules de la couche épidermique sont plus touchées par l'oedème que les espaces intercellulaires. Dans les plaques cutané-muqueuses le plus souvent érosives, la partie sus-papillaire de l'épiderme disparaissant est remplacée par une croûte séro-purulente. Quant à l'infiltrat sous-jacent, il comporte essentiellement des plasmocytes ; les vaisseaux sont altérés.

Les lymphatiques sont également touchés, ce qui n'est pas le cas des syphilides papuleuses. Tout comme dans le chancre syphilitique, on peut aussi apercevoir un détachement de l'endothélium des voies lymphatiques.

Dans les lésions des muqueuses appelées "plaques muqueuses", les cellules épithéliales sont détruites. L'infiltrat dermique ne comporte que des plasmocytes.

Cependant, de même que les variétés cliniques sont nombreuses, à côté des lésions histologiques classiques, on peut rencontrer des formes histologiques différentes, comme P. JEERAPAET et B. ACKERMANN l'ont montré au cours de ces dernières années dans une étude portant sur 27 cas de syphilis secondaire.

Les diagnostics portés par les cliniciens qui leur adressaient leurs biopsies étaient également très divers : psoriasis, pityriasis rosé de Gibert, lichen plan, toxidermie, mycosis fongicoïde, ..., voire même syphilis secondaire.

Ces 27 prélèvements provenaient de patients dont l'âge variait de 4 à 61 ans.

Ces auteurs ont déterminé parmi ces 27 cas trois groupes histologiques principaux présentant les caractères suivants :

A. Dermatite périvasculaire superficielle (6 cas) : infiltrat plus ou moins dense composé de lymphocytes, d'histiocytes et de plasmocytes, entourant les vaisseaux dilatés du plexus superficiel ; cellules endothéliales de grande taille et en nombre accru, et cellules inflammatoires le long de la jonction dermo-épidermique.

L'hyperplasie épidermique était de deux types :

- irrégulière, comme celle du lichen plan, ou
- psoriasiforme, avec préservation du dessin papillaire.

B. Dermatite périvasculaire superficielle et profonde (14 cas) :

α) sans hyperplasie épidermique : infiltrat modérément dense de lymphocytes, d'histiocytes et de plasmocytes entourant les vaisseaux dilatés des plexus vasculaires superficiels et profonds ; accroissement en taille et en nombre des cellules endothéliales des deux plexus.

β) avec hyperplasie épidermique :

- comme celle du lichen-plan : hyperkératose et hyperplasie épidermique irrégulière ; important infiltrat lympho-histiocytaire avec plasmocytes non seulement autour des vaisseaux des plexus superficiels et profonds, mais également disposés "en bandes" dans le derme papillaire.

- psoriasiforme : mise en évidence d'une parakératose au-dessus de l'hyperplasie épidermique psoriasiforme ; épaissement du derme papillaire par de l'oedème et par de la fibrose. Infiltrat lympho-histiocytaire avec plasmocytes autour des vaisseaux sanguins des plexus superficiels et profonds.

- pustuleuse spongiforme : abondance à la surface de la préparation de cellules parakératosiques et de matériel éosinophile homogène contenant de nombreux neutrophiles ; sous cette squame-croûte, présence d'une pustule spongiforme.

L'épiderme hyperplasié contenait des kératinocytes nécrotiques en abondance, des neutrophiles et parfois des éosinophiles.

Dans le derme papillaire, épaissi et oedémateux, on constatait la présence de neutrophiles, de lymphocytes, d'histiocytes et de plasmocytes ; des cellules mononucléées étaient présentes autour des vaisseaux sanguins des deux plexus.

C. Dermatite diffuse (7 cas) :

α) prédominance de plasmocytes : infiltrat plasmocytaire dense et diffus avec, occasionnellement, des lymphocytes et des histiocytes, remplissant complètement le derme. A peine une mince bande de collagène pouvait séparer cet infiltrat de l'épiderme aminci.

β) prédominance d'histiocytes (forme granuleuse) :

- tubercules épithélioïdes : présence de larges aggrégats cellulaires, bien délimités, à tous les niveaux du derme, consistant essentiellement en histiocytes et en cellules épithélioïdes, mais également avec présence de cellules géantes, de plasmocytes et de lymphocytes.

L'épiderme généralement mince présentait une altération vacuolaire de la couche des cellules basales et la jonction dermo-épidermique était obscurcie par l'infiltrat inflammatoire.

- fibrose : un infiltrat diffus, modérément dense, d'histiocytes, était dispersé à travers les faisceaux collagènes.

L'infiltrat périvasculaire était surtout plasmocytaire, présent à tous les niveaux du derme.

Les altérations histologiques les plus fréquemment rencontrées par ces auteurs touchaient les vaisseaux sanguins (dilatation, épaissement, accroissement du nombre de grandes cellules endothéliales) ; ils ont également constaté la présence

d'un infiltrat périvasculaire superficiel et profond contenant des plasmocytes, d'un "effacement" relatif de la jonction dermo-épidermique par l'infiltrat inflammatoire de même qu'une hyperplasie épidermique associée.

P. JEERAPAET et B. ACKERMANN ont trouvé des exceptions aux conceptions histologiques habituelles de la syphilis secondaire :

dans 4 biopsies, les plasmocytes étaient absents ;

dans 5 biopsies, l'infiltrat était purement superficiel ;

dans 3 biopsies enfin, ils ont noté la présence de neutrophiles dans la portion dermique des canaux sudoripares eccrines.

Pour notre part, nous nous sommes surtout intéressés à l'histologie de type sarcoïdique de la syphilis secondaire et nous reverrons de façon plus détaillée les observations résumées dans notre introduction historique.

En 1914, L.-M. PAUTRIER constatait que les sarcoïdes dermiques et hypodermiques peuvent, dans certains cas, exister chez des sujets présentant un Bordet-Wassermann positif ; elles guérissent alors par le traitement antisypilitique. Le groupe des sarcoïdes doit être revu, écrivait alors PAUTRIER, en ce qui concerne son étiologie et pourrait donc être considéré comme un syndrome.

En 1929, sous le titre "Contribution à l'étude des sarcoïdes ; à propos d'un cas de syphilome tertiaire nodulaire à forme de sarcoïde", J. GATE et J. ROUSSET apportent l'observation d'un homme de 50 ans venu consulter pour des tuméfactions de la taille d'une noisette, rouges, indurées, dont certaines se sont fistulisées, donnant issue à un liquide blanchâtre, situées dans la région sternale. Au moment de la consultation, la cicatrisation est déjà presque terminée à ce niveau ; par contre, le patient présente, dans la région lombaire gauche, un placard en saillie, constitué de nodules de consistance dure, de volume variant de la taille d'une noisette à

celle d'un oeuf de pigeon, indolores.

Il n'y a pas d'adénopathie.

Les examens de laboratoire indiquent une réaction de Bordet-Wassermann fortement positive.

L'examen histologique d'une lésion de la région lombaire gauche montre un derme et un épiderme intacts ; dans l'hypoderme, par contre, les auteurs notent un infiltrat cellulaire important comprenant des plasmocytes et également quelques cellules géantes ; les vaisseaux sont envahis, à un degré variable, par l'inflammation.

Le patient est traité par des injections de novarsénobenzol qui amènent une régression des lésions.

J. GATE, en 1932, rapporte l'histoire d'une malade âgée de 65 ans, venue consulter pour des tuméfactions hypodermiques situées dans la région cervicale et sur l'avant-bras gauche. Ayant trouvé chez elle un Bordet-Wassermann fortement positif et, soucieux d'établir, par l'épreuve du traitement, l'étiologie exacte de cette affection, l'auteur avait institué chez cette patiente une cure de cyanure de mercure intra-veineux, en s'abstenant de toute autre thérapeutique.

Au bout de quinze jours, les tuméfactions avaient complètement disparu, ce qui établissait sans conteste possible la nature syphilitique de ces sarcoïdes.

P. Le COULANT, en 1935, a examiné un homme de 41 ans, présentant une éruption discrète de type roséole, une polyadénopathie, des plaques muqueuses ainsi qu'une érosion du frein, cette dernière présente depuis plusieurs mois.

La réaction de Bordet-Wassermann est fortement positive chez ce malade.

Une thérapeutique bismuthique est alors entreprise, traitement auquel le patient est totalement résistant puisque, deux mois et demi plus tard, il revient avec un visage boursoufflé d'une quantité de nodosités saillantes, presque confluentes, lui donnant un aspect léonin. Ces nouures, de volume variant de celui d'une grosse lentille à celui d'un pois, sont fermes, mobiles par rapport aux plans profonds et donnent une sensation de cuisson intense. La partie supérieure du corps (épaules, thorax) présente également de nombreux éléments, peut-être moins saillants.

La biopsie d'un élément de l'épaule montre un épiderme mince, parakératosique ; le chorion est le siège d'une infiltration diffuse de lymphocytes, de plasmocytes, de quelques polynucléaires, qui, par endroits, se condensent en nappes denses ; à ce niveau, on

note la présence de petits amas de cellules géantes de type Langhans. Les vaisseaux capillaires sont ectasiés et parfois congestionnés.

Cette observation présente un double intérêt : par sa bismuthorésistance et par la forme clinique à type de sarcoïde de ces lésions.

LE COULANT ne peut donner plus de détails sur ce patient qui, déçu par l'échec thérapeutique, refuse de revoir un médecin et se confie à un ^E rebouteux de sa région.

En 1950, E. BERNSTEIN étudie à son tour cette question à propos d'une patiente de 33 ans venue consulter pour une éruption érythémato-papuleuse, nodulaire, du tronc et des bras. Cette malade présentait aussi une polyadénopathie modérée des régions cervicales et axillaires.

L'anamnèse apprenait qu'elle avait contracté 18 ans auparavant une syphilis, alors qu'elle était âgée de 15 ans, et qu'elle avait reçu à cette époque, pour cette affection, un traitement antisyphilitique intense.

Les réactions sérologiques étaient fortement positives.

La biopsie de l'un des éléments montrait les caractères suivants : "A travers le derme moyen et supérieur se trouvent de nombreux agrégats de cellules épithélioïdes ; l'épiderme sus-jacent est légèrement acanthosique, mais ne montre pas d'autres

anomalies ; on n'observe pas de cellules géantes".

Le diagnostic histologique posé par BERNSTEIN est celui de sarcoïde.

La malade reçoit un traitement antisyphilitique sous forme de pénicilline (11'300'000 unités en 4 semaines) ; dès le début du traitement, les lésions cutanées commencent à régresser et, à la fin de la cure, il ne persiste qu'un discret érythème et une pigmentation.

BERNSTEIN émet l'idée que l'image clinique et histologique classique de la sarcoïdose peut apparaître dans certains états immuno-biologiques spécifiquement acquis des affections suivantes : lèpre, tuberculose, syphilis, leishmaniose, mycoses profondes et peut-être quelques autres maladies infectieuses granulomateuses. En d'autres termes, BERNSTEIN, rejoignant PAUTRIER, pense que la sarcoïdose peut être conçue suivant les cas comme une lépride, une tuberculide, une syphilis, une mycide, etc...

Un phénomène proche de la sarcoïdose est la réponse tissulaire commune envers certaines substances inertes comme la silice, le béryllium et d'autres substances analogues.

BERNSTEIN et coll. suggèrent alors que des maladies telles que la lèpre, la tuberculose, la syphilis, produisent des états tels que leur organisme causal est converti en-ou traité comme-corps étranger avec pour résultat des réponses tissulaires sarcoïdiques.

Quelques années plus tard, en 1968, Laszlo BIRO observe un malade de 52 ans, venu consulter pour un état fébrile à 38⁰3, des maux de gorge et une éruption cutanée localisée au thorax.

Traité par des tétracyclines, les manifestations générales disparaissent en trois jours mais l'éruption cutanée persiste et s'étend même aux bras, aux jambes et au dos.

Ce patient entre à l'hôpital trois mois après l'apparition des premiers symptômes. L'on constate alors une éruption étendue, symétrique, papuleuse et nodulaire, touchant la poitrine, le dos et les épaules. Les nodules sont de consistance ferme et mesurent 1 à 2 cm de diamètre.

Le patient présente également une alopecie en clairière, une polyadénopathie touchant les ganglions axillaires, rétro-auriculaires, épitrochléens et inguinaux.

Les paumes et les plantes sont indemnes de lésions.

Les examens paracliniques montrent une sérologie fortement positive.

La radiographie du thorax met en évidence un élargissement du médiastin supérieur droit ; les deux champs pulmonaires sont le siège de multiples nodules mal définis, localisés principalement aux bases.

Devant ces images, les auteurs songent tout d'abord à la possibilité de métastases pulmonaires. Un deuxième cliché thoracique laisse plutôt suspecter un processus inflammatoire chronique, de nature spécifique.

Le VDRL du liquide céphalo-rachidien est faiblement positif.

La biopsie cutanée montre un infiltrat périvasculaire composé de lymphocytes avec présence de plasmocytes et de cellules épithélioïdes dans le derme moyen. On met en évidence également deux cellules géantes multinucléées. Ces découvertes sont interprétées comme "granulome dermique non-caséux".

Le patient reçoit une cure de pénicilline procaïne G (7'800'000 unités au total) qui fut interrompue en raison d'une réaction urticarienne généralisée.

Les lésions cutanées commencent à diminuer au troisième jour pour disparaître totalement à la sixième semaine.

Parmi les examens de laboratoire faits 4 mois plus tard, le VDRL sérique était positif, de même que le RPCF (Reiter Protein Complement Fixation) et le FTA (Fluorescent Treponemal Antibody). Le cliché du thorax montrait la disparition totale des nodules pulmonaires qui avaient vraisemblablement correspondu à un processus inflammatoire.

Chez ce patient, les auteurs suggéraient au début le diagnostic de sarcoïdose. Le diagnostic correct de syphilis ne fut envisagé que sur la base de la forte positivité de plusieurs réactions sérologiques.

L'examen du liquide céphalo-rachidien ne fit que confirmer ce diagnostic.

En 1969 également, Larry LANTIS rapporte le cas d'une patiente noire âgée de 43 ans, présentant depuis 7 semaines des lésions papuleuses, papulo-squameuses, nodulaires, infiltrées, ainsi que des lésions purulentes, croûteuses, localisées au visage et au cuir chevelu, avec quelques papules et nodules excoriés dans le dos, et, à un moindre degré, aux extrémités. On notait également des lésions papuleuses, dures et squameuses, des paumes et des plantes.

On constatait également la présence d'un oedème ainsi que des excoriations, au niveau des organes génitaux externes, de même qu'une hyperémie du pharynx, quelques adénopathies cervicales de petite taille, indolores, mobiles.

L'impression clinique était celle d'une syphilis secondaire en traitement (la patiente venait de recevoir, quelques jours auparavant 2,4 millions de pénicilline benzathine G dans un autre hôpital où l'on avait posé le diagnostic de syphilis, avec infection bactérienne surajoutée).

Parmi les examens de laboratoire, on notait un VDRL et un FTA fortement positifs.

Le traitement a consisté en pénicilline (2,4 millions d'unités de pénicilline benzathine G 2 fois par semaine).

La patiente ayant été présentée à une réunion de dermatologistes, plusieurs d'entre eux eurent l'impression que cette malade était atteinte à la fois d'une syphilis et d'une sarcoïdose.

L'examen histologique donnait les renseignements suivants :

" épiderme modérément acanthosique ;

- les portions supérieures et moyennes du derme contiennent plusieurs agrégats de cellules épithélioïdes et de cellules de Langhans, en formations bien délimitées. On ne voit que peu de lymphocytes et de plasmocytes à la périphérie de ces tubercules, de même que dans les zones périvasculaires, à travers la partie supérieure du derme. Les vaisseaux atteints montrent également une turgescence endothéliale".

Le diagnostic histologique était celui de granulome sarcoïdique.

Le deuxième prélèvement, à partir d'une lésion du visage, montrait une hyperplasie pseudo-épithéliomateuse de l'épiderme, associée à une importante réaction granulomateuse de tout le derme. Dans la portion moyenne du derme, on notait des agglomérats mal définis de cellules épithélioïdes et des cellules géantes de Langhans. Il y avait de nombreux capillaires dilatés montrant une turgescence endothéliale et un rétrécissement de la lumière.

L'impression était celle d'une syphilis tertiaire.

Six mois plus tard, le VDRL avait diminué et les lésions cutanées étaient aplaties et seulement discrètement hyperpigmentées.

Les caractères histologiques du cas décrit par LANTIS et coll. sont caractéristiques du type allergique de granulome, tel qu'il est observé dans la sarcoïdose, les granulomes au zirconium et chez les individus sensibilisés subissant des tests cutanés intradermiques à la tuberculine, à la lépromine ou à l'antigène de Kveim.

Le granulome mûr demande 4 à 6 semaines pour se développer mais reste ensuite stable pour une certaine période avant de subir une lente involution.

Dans le cas décrit par LANTIS, la durée de l'éruption cutanée de 7 semaines coïncide avec le temps nécessaire à la maturation du granulome allergique.

Les deux résultats histologiques représentent le spectre de la réponse granulomateuse de cette patiente envers sa maladie. La relation exacte entre ces deux modes de réaction est inconnue. Il résulte donc de cette observation que le tréponème pourrait provoquer la formation de granulomes de type sarcoïdique allergique chez des individus préparés immunologiquement à réagir de cette manière particulière.

En 1971, Rattan SINGH a examiné un homme de 60 ans

présentant depuis 18 ans des lésions érythémateuses, papulo-squameuses, infiltrées, distribuées symétriquement aux fesses, aux bras et aux jambes, affectant les faces d'extension et de flexion. Il n'y avait pas d'autres lésions cutanées, pas de lésions des muqueuses et l'on ne palpait aucune adénopathie. Ce malade disait avoir présenté, 20 ans auparavant, une plaie de la verge, apparue peu après un rapport sexuel.

Au moment de l'examen, le VDRL était fortement positif.

L'histologie montrait l'image suivante :

- l'épiderme au-dessus des lésions était atrophique ;
- le derme montrait des îlots d'inflammation granulomateuse diffusément répartis, mais abondants surtout dans le derme superficiel et moyen ainsi qu'autour des follicules pilo-sébacés, des glandes ^{et} des canaux sudoripares, détruisant pratiquement les muscles arrecteurs des poils. Ces granulomes étaient très bien délimités et constitués pour la plupart de lymphocytes, d'histiocytes, de cellules épithélioïdes et de quelques cellules géantes. Il n'y avait pas de plasmocytes et pas d'anomalies vasculaires.

Le traitement a consisté en injections intra-musculaires de pénicilline PAM, à raison de 600'000 unités par injection. A la dixième injection, la plupart des lésions avaient régressé.

Un mois plus tard, elles avaient toutes disparu, ne laissant persister qu'une légère pigmentation, sans cicatrices.

Dans ce cas à nouveau, l'image histologique était sarcoïdique. Le concept même de sarcoïdose en tant qu'entité clinico-pathologique valable est encore matière à discussion, et, pour l'auteur, il est de plus en plus certain qu'il faut distinguer la sarcoïdose vraie des "réactions sarcoïdiques" induites, par exemple, par le béryllium, la tuberculose et de nombreux agents physiques et infectieux.

Dans le cas de Rattan SINGH, ce serait donc, comme pour le cas précédents, le tréponème pâle qui aurait engendré cette réaction sarcoïdique.

En 1971 également, Léonard KAHN et W. GORDON rapportent 5 cas de syphilis secondaire cliniquement évidente et qui, toutes, présentent, à l'histologie, des granulomes sarcoïd-like du derme. Ces granulomes étaient localisés au derme supérieur et composés d'un agrégat central de gros histiocytes de type cellules épithélioïdes entouré d'une bordure de lymphocytes et de fibroblastes. Dans deux cas sur cinq seulement, l'image granulomateuse fut correctement attribuée à la syphilis dès le début. La réponse rapide à la pénicilline confirmait la nature des lésions.

Les auteurs insistent sur le fait que la présence de tels granulomes au cours de la syphilis secondaire n'est pas aussi rare que la littérature le laisse croire.

Ils ajoutent que la possibilité d'une syphilis devrait toujours être présente à l'esprit du pathologue face à une lésion cutanée granulomateuse non-caséuse, lorsque cette dernière provient d'un patient atteint d'une éruption papulo-squameuse d'étiologie obscure ; cette découverte montre la nécessité de toujours faire les réactions sérologiques de la syphilis.

En 1972, P. LAUGIER et collaborateurs publient l'observation de deux cas de granulomes sarcoïdiques chez des patients atteints de syphilis secondaire ; cette publication, base de notre travail, est relatée au chapitre II.

A la réunion de la Société suisse de Dermatologie de Saint-Gall, en juin 1974, J. DELACRETAZ et B. TAPERNOUX rapportent également le cas d'un malade de 51 ans, sans antécédents vénériens, venu consulter pour des lésions maculo-papuleuses, violacées, des membres inférieurs et des organes génitaux. Ces lésions étaient apparues un mois avant la première consultation.

L'anuscopie révèle en outre une lésion érosive du canal anal.

Au bras droit, une ancienne cicatrice est devenue turgescente ; les glandes lacrymales sont hypertrophiées ; tout cela évoque une maladie de Besnier-Boeck-Schaumann.

Le fond noir d'une lésion papuleuse révèle des tréponèmes en abondance ; quant à la sérologie, elle montre un Kolmer à 1/64, un VDRL à 1/64, un TPI (Treponema Pallidum Immobilization) et un FTA également positifs.

L'examen histologique de deux lésions prises respectivement au coude droit et à la cuisse droite sont identiques, révélant des infiltrats de cellules épithélioïdes entourés de cellules inflammatoires polymorphes, lympho-plasmocytaires ; ces infiltrats prédominent dans les régions périvasculaires.

Le cliché thoracique ne montre pas d'adénopathies hilaires.

Le mantoux est flamboyant à 5 unités.

La recherche d'anticorps anti-Kveim par hémagglutination est négative.

Le traitement de pénicilline entraîne une disparition des lésions, une régression des glandes lacrymales et une négativation de la sérologie.

II. E T U D E C L I N I Q U E

Comme P. JEERAPAET, nous avons essayé d'analyser de manière systématique l'histologie des cas de syphilis secondaire.

Nous avons pû observer six cas de lésions sarcoïdiques. Les deux premiers d'entre eux ont fait l'objet de la communication présentée en 1972 par P. LAUGIER, N. HUNZIKER, M. DRUSCO et J. REIFFERS :

1) Ch. Khosrow, né le 8.5.1932, hospitalisé à la Clinique ophtalmologique pour une uvéite, présente depuis trois mois des lésions papuleuses, acuminées, disséminées sur le tronc. On constate également des adénopathies épitrochléennes.

La sérologie est positive : BW +++, Pallida +++, VDRL + à 1/8 puis 1/32, Kolmer + à 1/32. TPI (Treponema Pallidum Immobilization) +, FTA (Fluorescent Treponemal Antibody) +.

Ce malade avait eu, un an auparavant, alors qu'il séjournait aux Etats-Unis, une lésion érosive du prépuce et une urétrite. Il est, hélas, incapable de préciser le traitement fait à cette époque.

Précédée, il y a 6 mois environ, d'une éruption d'éléments érythémateux plus étalés, l'éruption actuelle est constituée de papules acuminées, groupées, faisant évoquer le diagnostic de syphilides péri-pilaires, d'autant plus que la sérologie est fortement positive.

La tuberculine à 1 U est positive après 48 heures.

L'examen histologique d'une lésion située à la partie antérieure du thorax est intéressant : il ne montre pas d'altérations épidermiques, et la lésion essentielle, péripilaire, siège dans le derme profond où l'on observe un vaisseau à paroi hyalinisée ; le derme qui l'entoure montre une discrète nécrose fibrinoïde et un infiltrat composé d'histiocytes et de lymphocytes, avec quelques cellules épithélioïdes, et, par ci, par là, des ébauches de cellules géantes. Il n'y a pas de plasmocytes. Cette image se rapproche donc plus de celle de la maladie de BBS que de celle d'une syphilis. Et le diagnostic de sarcoïdose nous paraît d'autant plus acceptable que le sujet est atteint d'uvéite. Mais nous assurons le traitement de la syphilis, avec sérologie très positive, par de la pénicilline, précédée de quelques injections de bismuth, de cyanure de mercure et de la prise de Rovamycine per os.

Ce traitement ne modifie nullement les lésions cutanées et les lésions oculaires, qui cèdent par contre rapidement à la prednisone.

L'enquête épidémiologique révèle que l'épouse du patient ainsi que son enfant, âgé de deux ans et demi, sont indemnes de syphilis, après des examens cliniques et sérologiques répétés.

On note donc chez ce malade dont la syphilis est récente, avec sérologie très positive, des éléments papuleux, cliniquement évocateurs de sy-

philis secondaire, mais histologiquement sarcoïdiques, rebelles au traitement pénicillinique et cédant en revanche rapidement à la corticothérapie de même que l'uvéïte.



Fig. 1 : Cas No 1.

Lésions papuleuses, acuminées, à la partie antérieure du thorax.



Fig. 2 : Détail de la fig. 1.



Fig. 3 : Cas No 1.

Gross. x 40

Infiltrat péri-pilaire du derme profond d'une lésion
située à la partie antérieure du thorax.

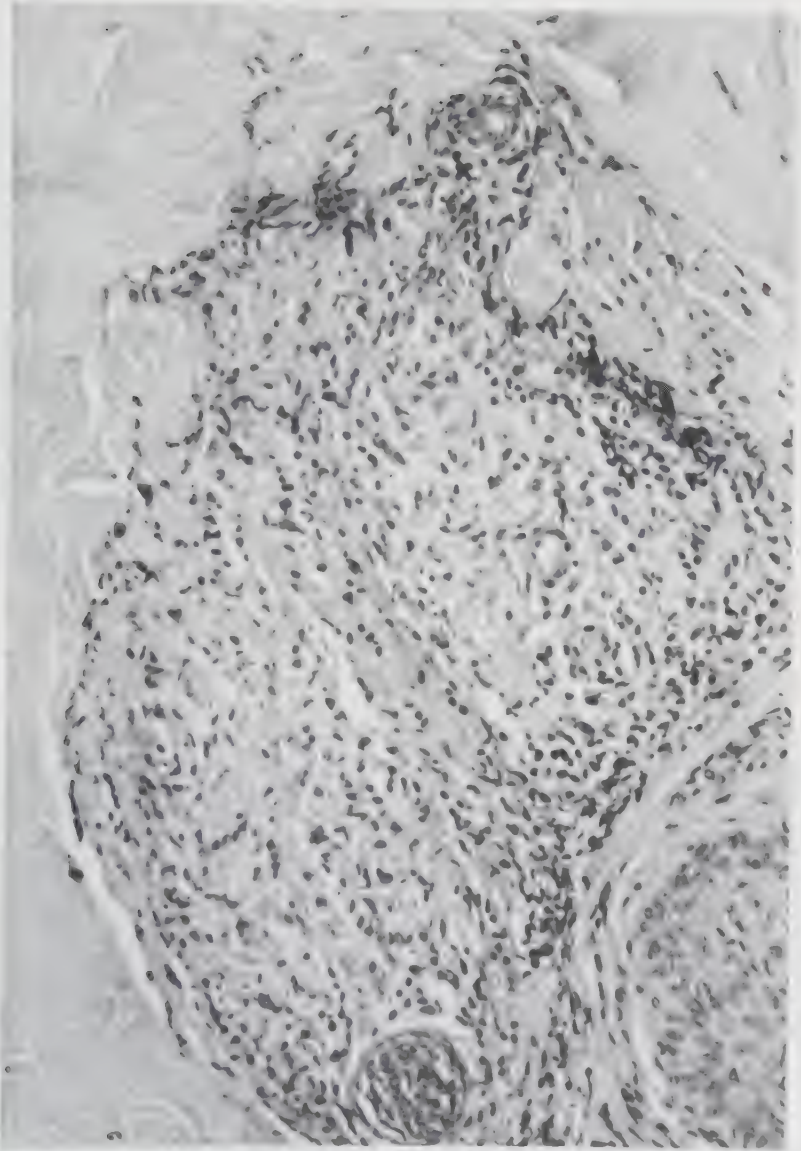


Fig. 4 : Cas No 1.

Gross. x 160

Infiltrat dermique lympho-histiocytaire, avec quelques cellules épithélioïdes et des ébauches de cellules géantes.
Vaisseau à parois hyalinisées.

2) C. Raymond, né le 7.5.1939, est hospitalisé le 5.4.1972 pour une syphilis secondaire : papules acuminées, péripilaires, disséminées sur le tronc, les membres ; syphilides palmo-plantaires et des organes génitaux ; poly-microadénopathies.

Le Bordet-Wassermann et la pallida sont fortement positifs ; le VDRL est positif à 1/16.

Le patient présente également une uvéite antérieure bilatérale.

L'examen histologique d'un élément papuleux du pli de l'aîne gauche montre un épiderme pratiquement normal, à peine acanthosique ; dans plusieurs papilles, on note un infiltrat composé de lymphocytes, de cellules épithélioïdes et de cellules géantes, à disposition presque exclusivement péripilaire ; il y a peu de plasmocytes. Il s'agit donc d'un infiltrat d'allure très sarcoïdique. Quant aux capillaires superficiels, ils sont très altérés. Malgré l'image histologique et l'uvéite de ce malade, nous pensons à une syphilis secondaire, les lésions par leurs caractères et leurs localisations étant particulièrement évocatrices.

En dehors de la sérologie, les examens de laboratoire sont normaux.

Le Kveim est négatif de même que la tuberculine à 1 unité.

Malgré l'histologie sarcoïdique des lésions, le traitement spécifique les fait régresser rapidement.

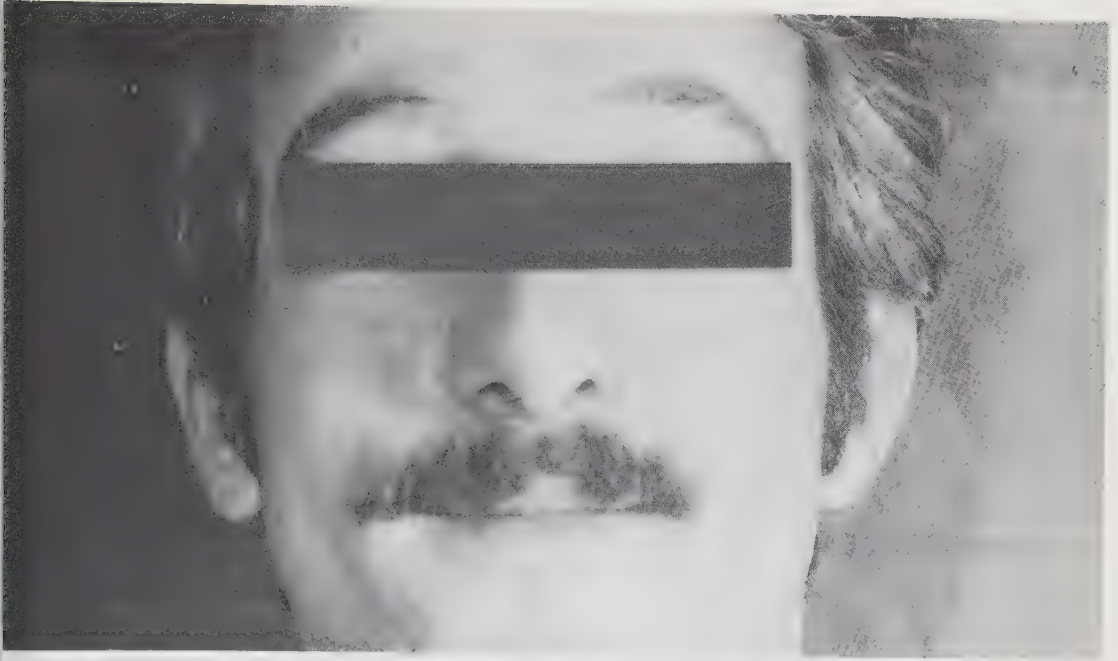


Fig. 5 : Cas No 2.
Lésions papuleuses du visage.



Fig. 6 : Cas No 2.
Lésions multiples de l'avant-bras chez le même malade.



Fig. 7 : Cas No 2.
Profusion de lésions papuleuses de la partie antérieure
du corps.



Fig. 8 : Cas No 2.
Profusion de lésions papuleuses de la partie postérieure
du corps.

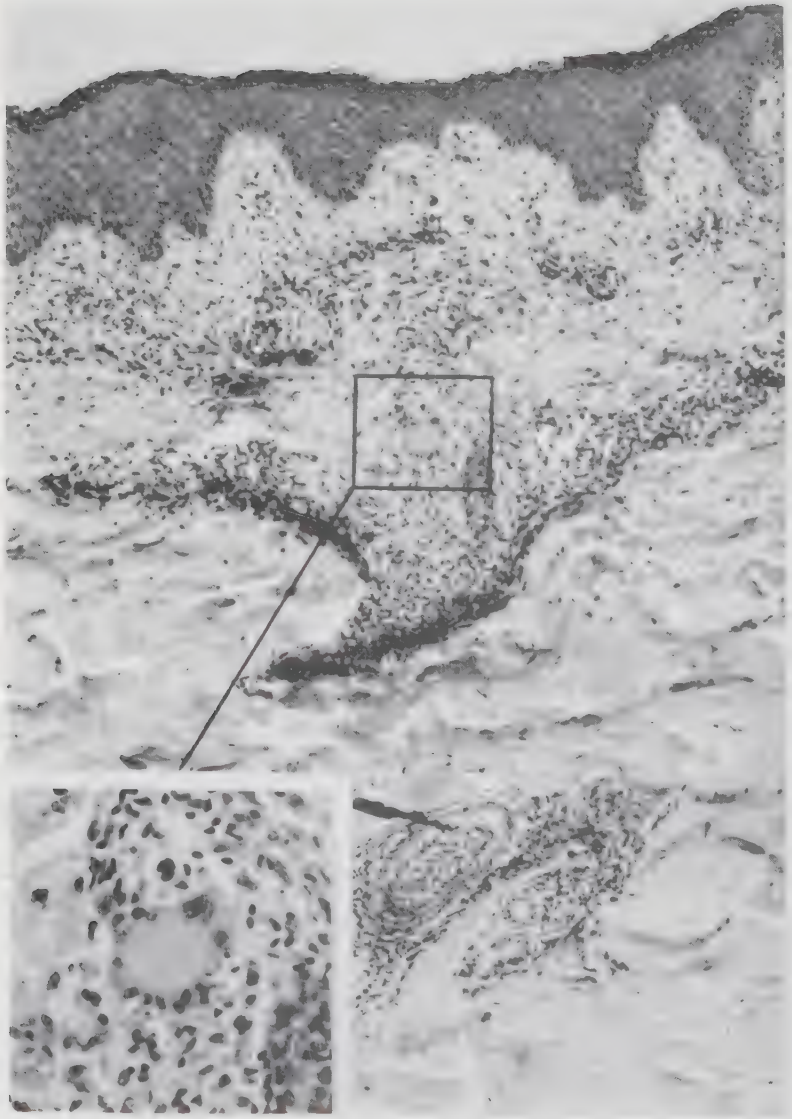


Fig. 9 : Cas N^o 2.

Gross. x 100

Image histologique d'un élément papuleux excisé
au pli de l'aine gauche.

En cartouche, fig. 10

Gross. x 180

Infiltrat dermique à disposition péri-pilaire, composé de
lymphocytes, de cellules épithélioïdes et de cellules géantes.

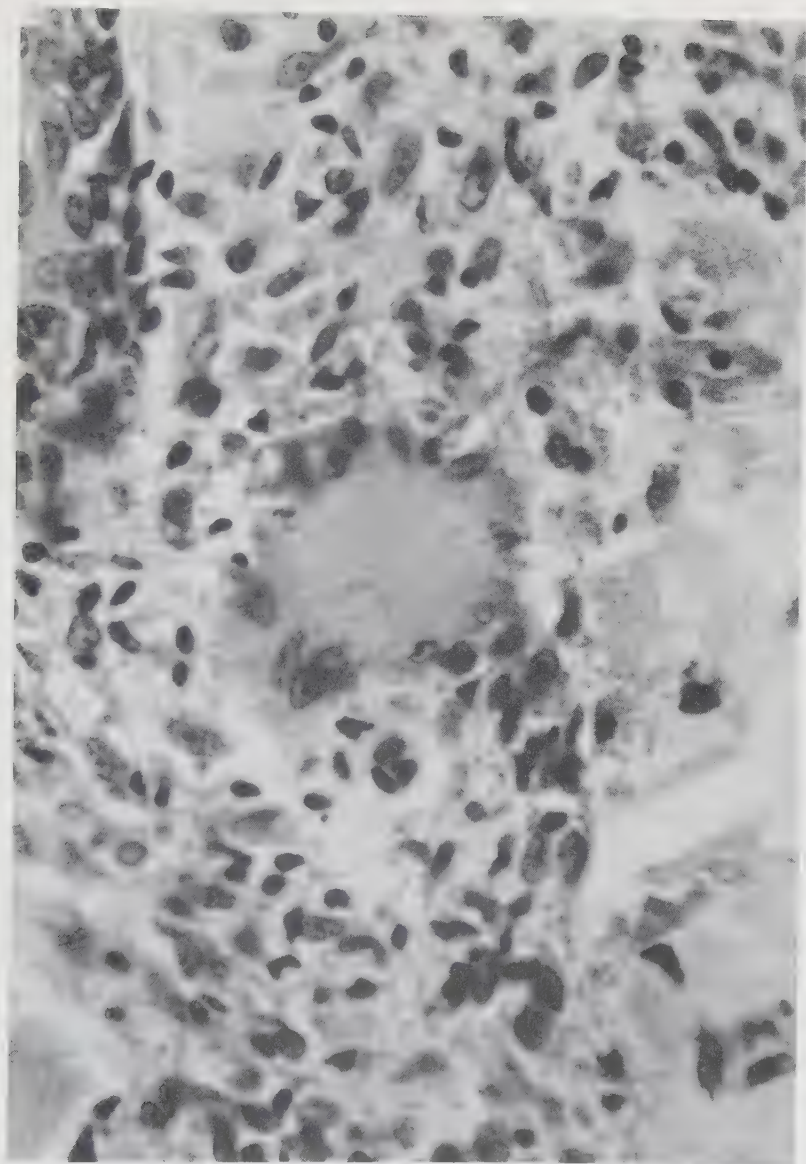


Fig. 11 : Cas No 2.

Gross. x 260

3) D. André, né le 19.7.1946, est hospitalisé à la Clinique de Dermatologie au mois de juillet 1972 par un médecin de la ville qui a découvert chez lui une éruption cutanée suspecte ainsi qu'une sérologie positive.

Deux mois avant l'hospitalisation, le patient a remarqué la présence de petites lésions érythémato-papuleuses, non prurigineuses, au niveau du tronc ; ces lésions s'étendent peu à peu à toute la surface du corps et c'est à ce moment-là seulement que le malade consulte son médecin. A l'examen clinique, on est frappé par l'abondance de lésions érythémato-papuleuses et papulo-squameuses disséminées sur tout le corps, touchant également les paumes et les plantes. On palpe plusieurs adénopathies inguinales, de la taille d'une noisette, indolores.

La sérologie est la suivante : Bordet-Wassermann +++, Pallida fortement positive et VDRL positif à 1/16.

L'enquête épidémiologique ne permet pas de trouver la source de la contamination, le patient, homosexuel, ayant eu de multiples contacts non identifiables dans les mois précédents.

L'histologie d'une lésion papuleuse de la cuisse gauche montre un épiderme à peu près normal ; dans le derme, surtout superficiel, on trouve des lésions d'allure très sarcoïdique, avec de nombreuses cellules épithélioïdes dont le groupement périlolaire est assez marqué. La tuberculine à 1 unité est positive après 48 heures.

Le test de Kveim est négatif.

Le traitement pénicilliné est entrepris, qui amène une régression des lésions cutanées.



Fig. 12 : Cas No 3
Lésions érythémato-papuleuses et papulo-squameuses
des avant-bras.



Fig. 13 : Cas No 3
Lésions papulo-squameuses de la partie antérieure
des jambes et du dos des pieds.



Fig. 14 : Cas No 3.
Lésions papulo-squameuses de la face postérieure des
jambes.



Fig. 15 : Cas No 3.
Lésions érythémato-papuleuses, à pourtour finement squameux, de la jambe.

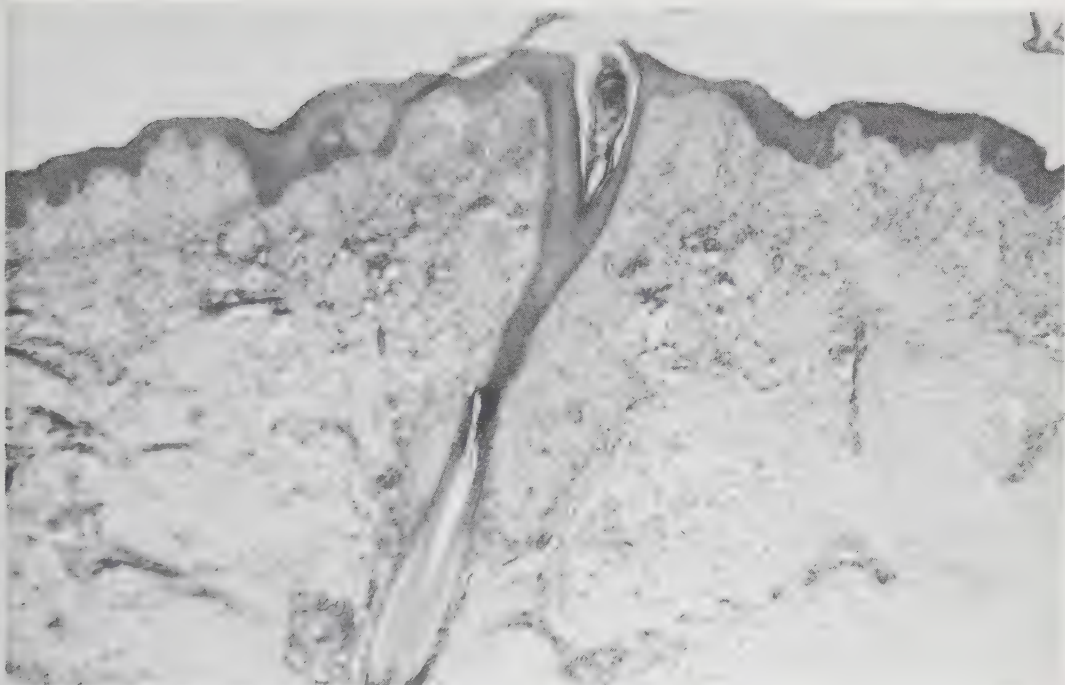


Fig. 16 : Cas No 3. Gross. x 40
Image histologique d'une lésion purpurique du membre inférieur gauche.

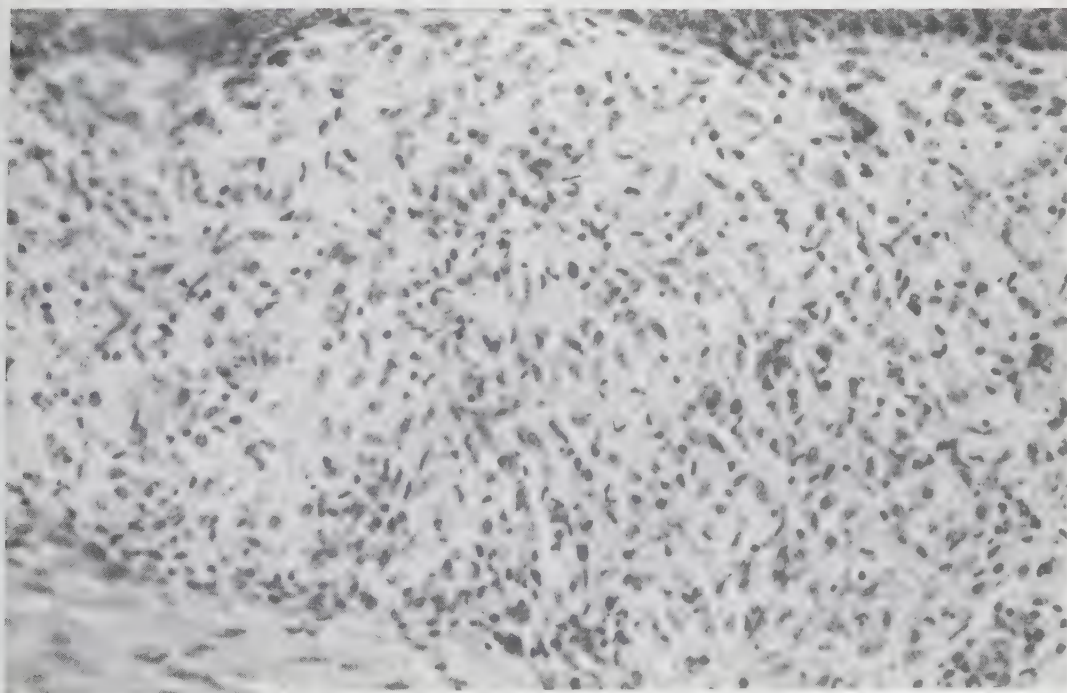


Fig. 17 : Cas No 3. Gross. x 180
Infiltrat dermique, à disposition péri-pilaire, composé de nombreuses cellules épithélioïdes.

4) A. Meinrad, né le 27.11.1933, sans antécédents vénériens, vient en consultation au mois de janvier 1973, pour une éruption érythémato-papuleuse généralisée, prurigineuse, atteignant surtout les espaces interdigitaux, les poignets, les flancs et la région génitale ; par endroits, les lésions sont impétiginisées.

Par ailleurs , on ne note pas d'altération de l'état général. On ne palpe pas d'adénopathies.

Examens sérologiques : Bordet-Wassermann négatif, Pallida fortement positive, VDRL positif à 1/1, Kolmer positif, FTA positif, Nelson positif.

La biopsie d'un élément papuleux de la cuisse montre une altération considérable de la paroi des vaisseaux ainsi que de petits infiltrats périvasculaires à prédominance lymphocytaire avec de rares plasmocytes. Plus profondément, on trouve un petit foyer d'infiltrat de type sarcoïdique, dont le centre est constitué de quelques cellules épithélioïdes, entouré d'une couronne très importante de lymphocytes.

Ce patient, atteint à la fois d'une syphilis secondaire et d'une gale, est traité par la pénicilline et, localement, par le benzoate de benzyle.

Sous traitement, toutes les lésions régressent.



Fig. 18 : Cas No 4.

Gross. x 40

Foyers d'infiltrat sarcoïdique du derme profond d'un élément papuleux excisé à la cuisse gauche.

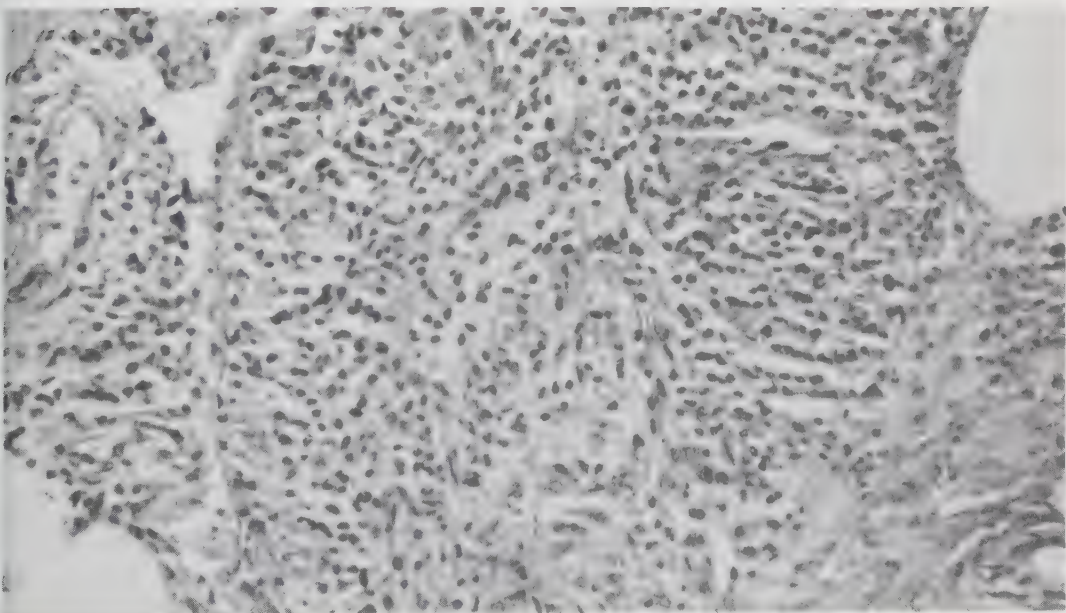


Fig. 19 : Cas No 4.

Gross. x 180

Au fort grossissement, infiltrat constitué de quelques cellules épithélioïdes, entouré d'une couronne très importante de lymphocytes.

5) P. Maria, 18.2.1944.

Cette malade est convoquée à la polyclinique parce que son conjoint est atteint d'une syphilis primaire (il avoue un contact sexuel extra-conjugal en juillet 1973). Elle est vue à la consultation pour un contrôle sérologique, le 1.9.1973. A cette date, aucune lésion suspecte n'est décelable chez cette jeune femme ; la sérologie est négative.

Deux nouvelles sérologies effectuées dans le courant du mois de septembre sont également négatives.

La patiente est à nouveau convoquée pour contrôle sérologique au mois d'octobre 1973, mais elle ne répond pas à cet appel, et ne se présente à la consultation que le 17 novembre 1973. A cette date, on constate quelques discrètes lésions papuleuses des paumes et des plantes ainsi que quelques lésions débutantes, de même type, aux avant-bras. La sérologie à ce moment est fortement positive, en ce qui concerne le Wassermann et la Pallida ; le VDRL est 1/16.

Biopsie d'un élément papuleux de l'avant-bras droit : dans le derme supérieur et moyen, vaisseaux à endothélium turgescent, à parois en état de nécrose fibrinoïde ; infiltrat inflammatoire lympho-plasmocytaire à disposition périvasculaire ; par endroits, présence de quelques cellules épithélioïdes faisant évoquer une image sarcoïdique. La malade reçoit un traitement pénicilliné (12 millions de pénicilline PAM) en novembre et décembre 1973, qui amène une guérison rapide. La sérologie est négative à la fin du traitement.

6) P. Albert, né le 21.2.1945, se présente le 22 octobre 1974 au Centre des Urgences de l'Hôpital Cantonal pour une adénopathie inguinale gauche dont l'augmentation de volume engendre une gêne, voire une certaine douleur à la marche.

On découvre à cette occasion une éruption généralisée, apparue il y a trois jours, aux dires du malade, constituée de macules érythémateuses devenant papuleuses par endroits. Les lésions siègent en abondance au tronc et sont plus éparses sur les membres. Les paumes des mains sont indemnes. Sous la plante des pieds, de chaque côté, on décèle une lésion unique, à peine papuleuse, de 4 à 5 mm de diamètre.

Le pharynx est diffusément et modérément hyperhémie chez ce malade qui signale une discrète dysphagie.

Les adénopathies sont multiples : latéro-cervicales bilatérales, axillaires droites, inguinales bilatérales, de la taille d'un pois à celle d'une noisette, indolores ; seul un ganglion inguinal gauche, de la taille d'une noix, est sensible à la palpation.

On ne décèle pas de lésion génitale, mais une petite érosion au niveau de la marge anale, de petite taille, indolore. L'examen à l'ultra-microscope de cette dernière lésion ne révèle pas de tréponème, à plusieurs reprises.

L'enquête épidémiologique nous apprend que le patient, homosexuel, a eu plusieurs contacts suspects au cours des derniers mois.

Les examens sérologiques sont pathologiques : Bordet-Wassermann +++, Pallida fortement positive, VDRL positif à 1/16.

L'histologie d'une lésion papuleuse latéro-thoracique droite montre une image de syphilis secondaire prenant en un point une allure un peu sarcoïdique : au centre de la préparation, on note une discrète érosion recouverte d'une croûte séro-hématique ; à cet endroit, l'épiderme est aminci, alors qu'il est épaissi et légèrement papillomateux au voisinage. Le derme superficiel et le derme papillaire sont le siège d'un infiltrat lympho-plasmocytaire très net et d'une vascularite importante avec sténose de la lumière vasculaire et turgescence de l'endothélium. Plus profondément, on retrouve un infiltrat lympho-plasmocytaire, situé autour d'une glande sébacée, ainsi qu'un infiltrat d'allure un peu sarcoïdique, avec présence de cellules épithélioïdes, de quelques cellules géantes, de lymphocytes et de plasmocytes, situé cette fois autour d'une glande sudoripare partiellement détruite.

Le malade reçoit un traitement de pénicilline sous lequel les lésions cutanées s'estompent rapidement.



Fig. 20 : No 6. Gross. x 130
Image histologique d'une lésion papuleuse de la région latéro-thoracique droite, avec érosion de l'épiderme.



Fig. 21 : No 6. Gross. x 40
Infiltrat d'allure sarcoïdique du derme profond.

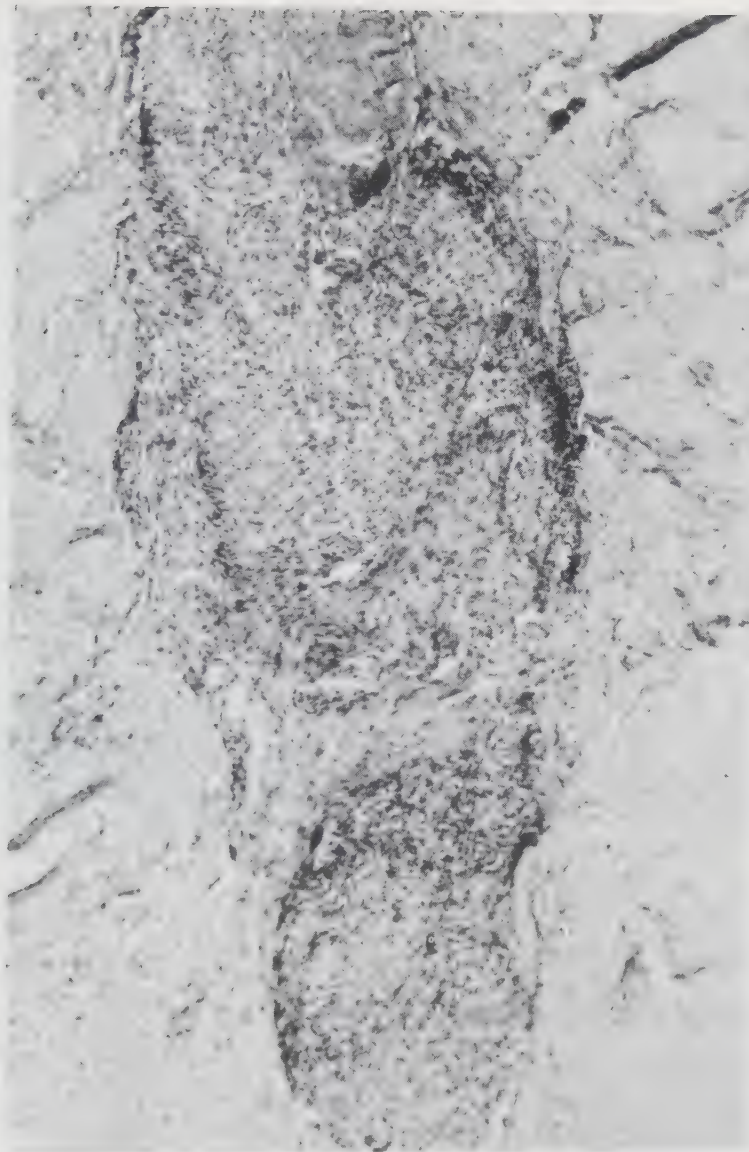


Fig. 22 : Cas No 6.

Gross. x 100

Au fort grossissement, infiltrat composé de cellules épithélioïdes, de quelques cellules géantes, de lymphocytes et de plasmocytes, autour d'une glande sudoripare partiellement détruite.

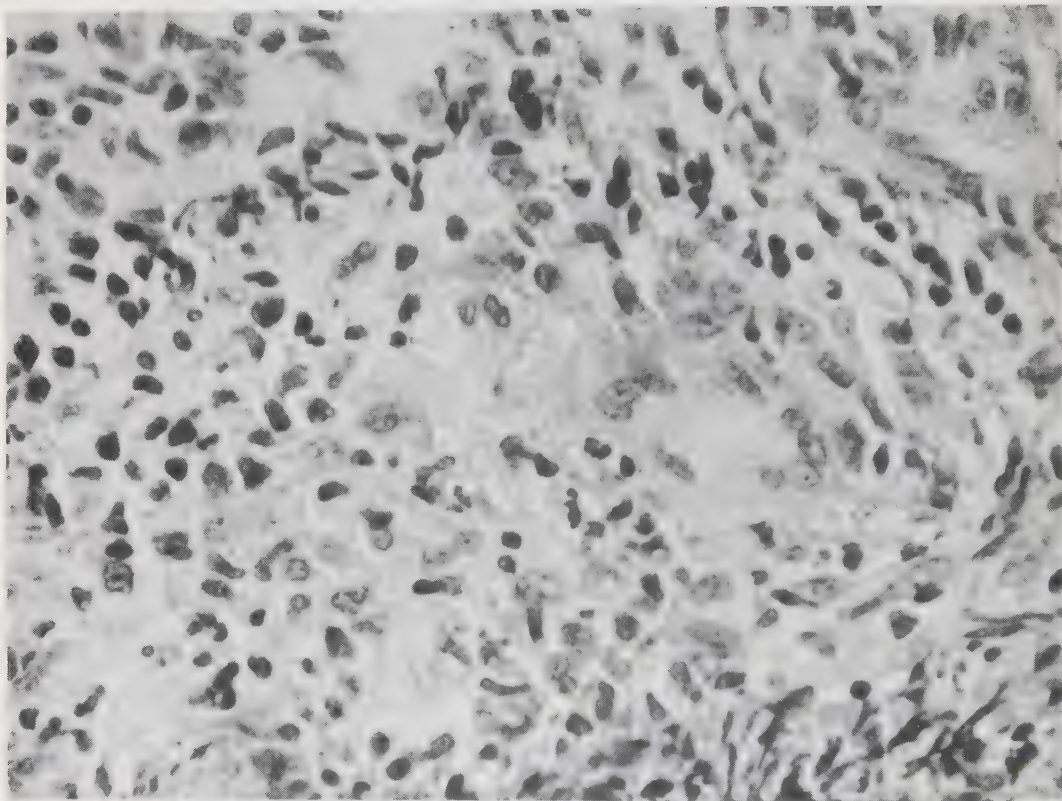


Fig. 23 : Cas No 6.

Gross. x 260

7) S. Victor, 15.6.1943.

Ce patient de 26 ans, est hospitalisé à la Clinique de Dermatologie au mois de mai 1969, à la demande d'un médecin de la ville, qui a découvert chez lui une syphilis secondaire.

A l'entrée, on observe une multitude de lésions érythémateuses et érythémato-papuleuses disséminées sur le corps, apparues une semaine auparavant.

Au niveau de la verge, on note trois ulcérations de 1 cm de diamètre, à base légèrement indurée, indolores.

On note également, une polyadénopathie et surtout un ganglion inguinal droit volumineux, indolore à la palpation.

On ne décèle pas de lésions buccales, ni anales.

L'examen à l'ultra-microscope de l'exsudat des ulcérations de la verge ne montre pas de tréponèmes ; la ponction du ganglion inguinal droit, en revanche ramène des tréponèmes en abondance.

Quant à la sérologie, elle révèle un Bordet-Wassermann et une Pallida fortement positifs et un VDRL positif à 1/64.

L'histologie d'une lésion du dos montre une papule péri-pilaire, sous un épiderme aminci et papillomateux ; l'infiltrat, qui s'étend de la basale à l'union du derme superficiel et du derme moyen, est lympho-plasmocytaire, à disposition péri-pilaire et périvasculaire. En un point de la préparation, l'infiltrat péri-pilaire s'étend très profondément, depuis l'émergence du poil bien au-delà des limites du follicule pileux, presque jusqu'à l'hypoderme.

La vascularite est également importante, avec altération des capillaires et des artérioles, considérable en de nombreux points de la préparation.

Sous traitement de pénicilline, les ulcérations se cicatrisent et l'exanthème papuleux disparaît rapidement.

8) L.Jean, 16.8.1952, vient en consultation au mois de mai 1972 pour une éruption généralisée.

L'anamnèse apprend que ce patient, homosexuel, a présenté, huit mois environ avant la consultation, une "irritation" douloureuse à la verge. Trois mois plus tard, soit cinq mois avant la consultation, apparaissent des lésions du visage, considérées par le malade, tantôt de nature acnéique, tantôt de nature allergique ; les lésions s'étendant à tout le corps l'inquiètent et, il se présente à la policlinique le 12 mai 1972.

A l'examen, on note un état de nutrition médiocre, une alopécie en clairière ; la queue des sourcils est également clairsemée. Autour de la bouche et sur le menton sont groupées plusieurs lésions érythémateuses à surface légèrement squameuse. Au niveau du cou, on note plusieurs éléments papuleux et érythémato-squameux, lenticulaires ; sur le tronc, on observe de nombreuses macules érythémateuses. Aux paumes et aux plantes, les lésions deviennent papuleuses, certaines très squameuses.

Les organes génitaux externes sont également atteints et l'on objective des lésions érythémato-squameuses, en arabesques, sur le fourreau, des condylomes acuminés sur le prépuce ; la région péri-anale est le siège d'abondants condylomes plats, suintants, douloureux, ainsi que de condylomes acuminés.

L'on palpe des adénopathies sous-mandibulaires et inguinales bilatérales.

A l'examen de la cavité buccale, on décèle une nette hyperhémie du pharynx avec des amygdales volumineuses, très érythémateuses.

Les examens paracliniques révèlent une leucocytose à 11'050, une vitesse de sédimentation à 9/20 ; la biologie sanguine est dans les limites normales.

L'examen à l'ultra-microscope d'une lésion suintante péri-anale montre des tréponèmes en abondance.

Quant à l'histologie (lésion du cou), elle parle en faveur de syphilides péri-pilaires : l'épiderme montre une discrète papillomatose, et, par endroits, une parakératose avec absence de granuleuse, une spongieuse et une intense exocytose. Les altérations vasculaires sont assez importantes dans le derme papillaire et le derme superficiel, qui sont le siège d'un infiltrat assez marqué, lympho-plasmocytaire, distribué principalement autour des follicules pilo-sébacés.

Le patient est traité par la pénicilline, précédée de ~~la~~ Rovamycine les premiers jours ; les lésions s'améliorent rapidement.

9) R. Karine, 8.8.1953, est hospitalisée à la Clinique de Dermatologie du 18 au 28 octobre 1972 pour une syphilis secondaire.

L'anamnèse apprend que la malade a présenté une lésion vulvaire le 12 septembre à laquelle elle n'a guère prêté attention ; deux semaines plus tard, la patiente constate l'apparition de papules érythémato-squameuses, indurées, au niveau de la jambe droite ; ces lésions se généralisent ensuite, en quelques jours, ce qui amène la malade à consulter son gynécologue ; ce dernier nous l'adresse, après avoir mis en évidence chez elle une sérologie positive.

A l'examen, on constate, au niveau du visage, du cuir chevelu, du tronc et des membres, des paumes de mains et des plantes de pieds, des lésions érythémato-papuleuses, certaines papulo-croûteuses.

L'examen des muqueuses révèle également des plaques muqueuses érosives des piliers antérieurs du pharynx, et de la vulve.

On palpe de petites adénopathies inguinales, mobiles par rapport aux plans profonds, indolores ; pas d'autres ganglions.

Les examens de laboratoire révèlent une leucocytose (9'500 leucos/mm³) avec neutrophilie, une vitesse de sédimentation accélérée à 62/96.

La biologie sanguine ne montre pas d'anomalies.

Sérologie : Bordet-Wassermann +++, pallida fortement positive, de même que le VDRL positif à 1/32.

L'histologie d'une lésion papuleuse de la cuisse gauche montre un infiltrat constitué de cellules épithélioïdes, de lymphocytes et de quelques plasmocytes, situé dans le derme superficiel et le derme moyen, de part et d'autre des follicules pilo-sébacés. L'altération vasculaire consiste en un oedème de la paroi vasculaire avec turgescence

de l'endothélium ; les capillaires sont très largement dilatés.
L'enquête épidémiologique révèle de multiples contacts en Suisse
et à l'étranger.

Sous traitement pénicilliné, les lésions régressent rapidement.

10) E. Rolf, 28.7.1953.

Alors qu'il effectue son école de recrues, commencée à Genève le 4.2.1974, et à l'occasion d'un don du sang au Centre de Transfusion de la Croix-Rouge, on découvre chez ce patient une sérologie positive. Il est adressé à la consultation le 8.4.1974.

Le patient présente alors une roséole typique, particulièrement nette à la face antérieure du thorax, sur l'abdomen, à la face de flexion des membres supérieurs (épargnant les paumes), à la plante des pieds. L'hyperhémie du pharynx est nette, surtout au niveau des piliers antérieurs.

On palpe des adénopathies rétro-cervicales bilatérales et épitrochléennes bilatérales.

L'on n'objective pas de lésions génitales, ni anales.

Lors de l'enquête épidémiologique, le malade ne signale aucun rapport sexuel depuis le mois de janvier 1974, date à laquelle il aurait eu un rapport unique avec une jeune allemande de passage.

La sérologie est positive, avec un Bordet-Wassermann douteux à positif, une pallida fortement positive et un VDRL positif à 1/8.

La biopsie d'une lésion latéro-thoracique gauche donne les éléments suivants :

-altération vasculaire très nette : nécrose fibrinoïde de la paroi des capillaires superficiels avec endothélium turgescent ; petit infiltrat inflammatoire péri-vasculaire ; en surface, l'altération vasculaire est encore plus importante, mais il y a très peu de plasmocytes sur cette préparation.

Le patient est hospitalisé pour le début du traitement de pénicilline PAM. Sous traitement, les lésions commencent à régresser et le patient peut retourner au service militaire le 16.4.1974, où l'on poursuit la cure sous forme de pénicilline benzathine.

11) B. Michel, 21.6.1946.

Ce patient, qui ne signale aucun antécédent dermatologique particulier, se présente à la consultation, au mois de novembre 1969, avec des lésions érythémateuses, légèrement papuleuses, de la paume de la main droite. Des lésions de même aspect se retrouvent, éparses, aux deux membres supérieurs.

L'examen clinique ne révèle par ailleurs rien de particulier, si ce n'est de petites adénopathies inguinales bilatérales, d'aspect banal. Parmi les examens sérologiques, le Bordet-Wassermann et la Pallida, faiblement positifs lors de la première consultation, deviennent fortement positifs, de même que le VDRL (positif à 1/8) quelques jours plus tard.

Une biopsie faite au niveau de l'avant-bras droit, montre un épiderme acanthosique, un infiltrat dermique lymphocytaire et surtout plasmocytaire ; dans la profondeur, l'infiltrat prédomine autour des vaisseaux avec une densité telle que la paroi vasculaire ne peut être distinguée avec précision.

Le patient reçoit 20 injections de 600'000 unités de pénicilline P.A.M. Les lésions régressent rapidement sous ce traitement et la sérologie est négativée à la fin de la première cure.

12) D. Charles, 7.1.1942, est hospitalisé du 24 janvier au 15 février 1972 à la Clinique de Dermatologie.

Deux mois avant l'affection actuelle, le patient aurait présenté une éruption érythémato-papuleuse des membres inférieurs qu'il aurait traitée par une antibiothérapie générale et locale ; le traitement aurait amené une régression totale des lésions.

Quelques jours avant la consultation, dans les premiers jours du mois de janvier 1972, apparaissent de nouvelles lésions érythémato-papuleuses, localisées au tronc et pour lesquelles le malade vient consulter, le 24 janvier 1972.

A l'examen clinique, on observe des lésions érythémato-papuleuses et papulo-croûteuses localisées aux régions latéro-thoraciques, au nombre de cinq à dix de chaque côté. Les jambes et les plantes des pieds sont le siège de lésions papulo-croûteuses et ulcéreuses, nécrotiques, de diamètre variant de quelques millimètres à plusieurs centimètres. Le fourreau de la verge présente également plusieurs petites lésions papulo-érosives, de petite taille, indolores. L'examen de la région anale ne montre que quelques hémorroïdes externes et de rares folliculites.

Les adénopathies sont multiples, disséminées, de petite taille, indolores, et n'épargnent que les régions épitrochléennes.

La recherche des tréponèmes à l'ultra-microscope, à partir d'une lésion érosive de la verge, se révèle négative à plusieurs reprises.

L'enquête épidémiologique nous apprend que le malade a eu de multiples contacts homo- et hétérosexuels les mois qui ont précédé l'hospitalisation, et il ne connaît pas toujours l'identité de ses partenaires.

Examens de laboratoire : leucocytose à 10'900 avec neutrophilie (28 % de neutrophiles non segmentés), accélération de la vitesse de sédimentation à 58/73. Examens sérologiques : Bordet-Wassermann +++ et Pallida fortement positive, VDRL positif à 1/64 ; Nelson et FTA également positifs.

L'examen histologique d'une lésion papuleuse de la jambe droite montre un épiderme discrètement hyperplasié, recouvert d'une couche cornée hyperkératosique. Le derme superficiel et le derme moyen sont le siège d'un infiltrat très dense, lympho-plasmocytaire et histiocytaire et l'on constate également la présence de quelques cellules géantes. Les altérations vasculaires sont nombreuses, avec des vaisseaux élargis, dont l'endothélium est turgescent et les parois en état de nécrose fibrinoïde. L'infiltrat est même plus dense et plus important que celui que l'on voit habituellement dans les syphilis secondaires.

Sous traitement pénicilliné, les lésions régressent en trois semaines.

13) M. Willy, né le 26.8.1933, vient en consultation au mois de janvier 1973 pour des lésions papulo-érosives du gland et du frein, présentes depuis plusieurs mois ; ces lésions, aux dires du malade, auraient débuté sur le fourreau au mois de mai 1972. Elles sont indurées. Il n'y a pas d'adénopathies perceptibles.

Les examens sérologiques montrent un Bordet-Wassermann +++, une pallida fortement positive et un VDRL positif à 1/4.

La biopsie d'une lésion papulo-érosive du prépuce est en accord avec la sérologie, montrant un épiderme épaissi, légèrement acanthosique ; en-dessous, un infiltrat presque purement plasmocytaire occupe tout le derme, sans atteindre toutefois la basale. On trouve également quelques éosinophiles, surtout dans la lumière des vaisseaux, et quelques lymphocytes. Certains capillaires montrent une altération de leur paroi : ils sont hyalinisés, avec un endothélium turgescent.

Le patient reçoit un traitement de pénicilline sous lequel les lésions cutanées s'estompent rapidement.

14) C.Claude, 21.11.1950.

Ce patient, âgé de 23 ans, se présente à la consultation en septembre 1973, pour une éruption apparue à la fin du mois d'août.

Dans ses antécédents, le patient signale un contact sexuel suspect en Hollande, en 1971 ; depuis lors, il n'a plus eu de rapports qu'avec sa fiancée, qu'il connaît depuis deux ans.

A l'examen clinique, on note des lésions érythémateuses et érythémato-papuleuses, parfois squameuses, du tronc et des jambes ; les paumes et les plantes sont également atteintes.

L'examen au fond noir d'une lésion papulo-squameuse montre des tréponèmes en abondance.

La réaction de Bordet-Wassermann est +++, de même que le VDRL positif à 1/32.

La biopsie d'une lésion papuleuse révèle essentiellement des lésions de vascularite ; l'infiltrat péri-vasculaire est surtout lymphocytaire.

Plus superficiellement, on retrouve également cette image de vascularite, avec infiltrat lymphocytaire et quelques plasmocytes. On note également un infiltrat péri-pilaire de nature lympo-plasmocytaire.

Le malade est traité par la pénicilline (12 millions d'unités de pénicilline PAM) au mois de septembre.

Les lésions régressent alors rapidement.

15) B. Daniel, 21.12.1945.

Ce patient de 28 ans, se présente le 25 septembre 1973 à la consultation, pour une éruption non-prurigineuse, ayant débuté dans les premiers jours de septembre.

A l'examen, on est frappé par des lésions érythémato-papuleuses, par endroits, squameuses, généralisées, épargnant seulement les paumes et les plantes. On n'observe pas de lésions buccales, ni génitales.

On palpe des adénopathies inguinales, bilatérales.

L'anamnèse est difficile à préciser, le patient ayant, semble-t-il, de multiples contacts, surtout dans le milieu homosexuel.

L'examen d'une lésion papuleuse révèle des tréponèmes en abondance. La sérologie est dissociée : Wassermann négatif, Pallida fortement positive, VDRL douteux.

La biopsie d'une lésion papuleuse latéro-thoracique montre un épiderme à peine acanthosique, un oedème du derme papillaire ; les capillaires sous-jacents sont très largement dilatés et entourés d'un infiltrat lymphocytaire avec de rares plasmocytes. Dans le derme moyen, on note également des vaisseaux à parois très altérées, avec endothélium turgescent ; au voisinage, l'infiltrat est discret, presque uniquement lymphocytaire. Les plasmocytes sont pratiquement absents de la préparation.

Le malade reçoit en septembre et octobre une cure de 12 millions de pénicilline PAM au cours de laquelle, les lésions régressent rapidement.

16) N.-R Thérèse, 11.9.1943.

Fiancée à un malade atteint d'une syphilis sérologique, la patiente nous consulte le 3 octobre 1973, pour une éruption généralisée.

Cette éruption aurait commencé au milieu du mois de septembre, mais la patiente ne consulte un médecin de la ville qu'à la fin du mois de septembre, au moment où l'éruption devient prurigineuse ; le diagnostic posé en ville est celui "d'allergie", et la patiente reçoit des injections de calcium.

Au moment de la consultation, le 3 octobre, la malade présente au visage, sur le cou, le tronc et les creux axillaires, de multiples lésions érythémato-papuleuses, finement squameuses, en collerettes, parfois légèrement infiltrées.

Les paumes et les plantes sont également atteintes.

On ne note pas de lésions des muqueuses.

A l'examen, les tréponèmes sont mis en évidence dans une lésion papuleuse.

La sérologie est fortement positive, en ce qui concerne le Wassermann et la Pallida ; le VDRL est à 1/8.

La biopsie d'une lésion papuleuse latéro-thoracique gauche donne l'image suivante : vascularite très importante du derme moyen ; un des vaisseaux présente un endothélium turgescent avec lumière rétrécie ; il est entouré d'un infiltrat lympho-plasmocytaire. L'infiltrat du derme papillaire et du derme superficiel est constitué presque exclusivement de plasmocytes et de quelques histiocytes. L'épiderme

est, par endroits, acanthosique, avec des papilles très hautes et oedématisées. L'essentiel de la lésion est donc purement périvasculaire.

Le traitement de Pénicilline est commencé le 3 octobre 1973, amenant une régression rapide des lésions.

17) R. Raphaël, 27.6.1949.

Le 29.11.1973, le patient consulte un médecin de la ville pour un écoulement urétral ; il reçoit alors une injection de Trobicine (sans examen préalable de l'écoulement) ! L'écoulement cesse, mais la sérologie effectuée lors de la consultation est positive.

Le malade, qui n'est pas retourné chez son médecin, se présente à la consultation le 5 janvier 1974, et l'on constate chez lui une blennorragie. Il présente également de nombreuses lésions érythémato-papuleuses et papulo-squameuses, lenticulaires, non prurigineuses, localisées au tronc, aux bras et aux jambes.

Son épouse l'accompagne à la consultation : enceinte de 6 mois, elle présente un chancre de la fourchette vulvaire.

Par l'enquête épidémiologique, nous apprenons que le patient a eu un contact avec une prostituée, en Espagne, au mois d'octobre 1973 ; il nie d'autres rapports en Suisse.

La sérologie est fortement positive : Wassermann +++ et Pallida fortement positive, VDRL + à 1/16.

La biopsie d'une lésion papuleuse du bras droit montre l'image suivante :

- épiderme discrètement hyperorthokératosique, par endroits, un peu épaissi ;
- dans le derme superficiel et le derme papillaire, qui est légèrement oedématié, on note un léger épaissement de la paroi des vaisseaux ; l'infiltrat est périvasculaire, formé de lymphocytes et de plasmocytes, avec prédominance des plasmocytes.

Sous traitement de pénicilline, les lésions guérissent rapidement.

18) E. Eladio, 2.7.1942.

Ce patient est connu du Service depuis l'année 1962, où il a été soigné pour une syphilis primaire.

Il nous consulte à nouveau en janvier 1974, car il a vu apparaître, au cours des jours précédents, une éruption non-prurigineuse, du tronc et des membres supérieurs.

M.E. dit avoir passé des vacances en Espagne, en novembre et décembre 1973, au cours desquelles il a eu de multiples contacts homo-et hétérosexuels.

A l'examen clinique, on est en présence de nombreuses lésions érythémato-papuleuses du tronc et des membres supérieurs. L'on constate également une petite érosion du prépuce ; la recherche des tréponèmes à ce niveau sera négative à trois reprises. Le patient présente également des adénopathies inguinales, bilatérales, indolores.

La recherche des tréponèmes au niveau d'une lésion papuleuse du thorax se révèle positive.

Quant à la sérologie, elle est fortement positive avec Wassermann +++, Pallida positive et VDRL + à 1/32.

A l'histologie d'une lésion papuleuse du bras droit, on découvre, sous un épiderme, un peu hyperplasié, une capillarite très importante siégeant dans le derme superficiel et le derme papillaire ; les vaisseaux à paroi turgescente ou avec nécrose pariétale partielle sont entourés d'un infiltrat lympho-plasmocytaire, à prédominance lymphocytaire.

Sous pénicilline, les lésions s'effacent progressivement pour disparaître complètement en fin de traitement.

19) R. Manuel, 15.2.1946.

Ce patient nous consulte au mois de mars 1974, pour une éruption prurigineuse d'apparition récente.

A l'examen clinique, on constate des lésions érythémato-papuleuses, généralisées, prédominant aux avant-bras, aux mains et aux membres inférieurs. On palpe des micro-adénopathies inguinales bilatérales. Il n'y a pas de lésions anales, mais on aperçoit une petite lésion cicatricielle de la face ventrale de la verge.

De plus, le patient signale une certaine asthénie d'apparition récente.

L'anamnèse est très difficile à préciser, le patient ayant eu de multiples contacts dans les mois qui ont précédé l'éruption, et donnant des explications très vagues.

La sérologie est la suivante : Wassermann douteux, Pallida fortement positive, VDRL positif à 1/16.

La biopsie d'un élément papuleux de l'avant-bras gauche révèle une vascularite très importante : la paroi vasculaire est altérée avec un endothélium turgescent ; l'infiltrat périvasculaire est lymphoplasmocytaire, tout à fait caractéristique de la syphilis.

Sous pénicilline, les lésions fondent rapidement.

20) C. Luciano, 1.3.1930.

Déjà hospitalisé à la Clinique de Dermatologie en 1961 pour une roséole, ce patient nous consulte au cours des années suivantes, pour de nombreuses blennorragies.

Le 22 mars 1974, il se présente à la consultation pour une éruption ayant débuté deux semaines auparavant, non prurigineuse.

Il présente à ce moment des lésions érythémato-papuleuses, par endroits, finement squameuses, disséminées sur le tronc et, à un moindre degré, aux membres supérieurs et inférieurs. L'on constate également quelques lésions des paumes quoique très discrètes. Il n'y a pas d'adénopathies. Le pharynx est hyperhémie.

On ne constate pas de lésions génitales, ni anales.

L'enquête épidémiologique est difficile à préciser, ce patient ayant de multiples contacts, surtout homosexuels.

L'examen d'une lésion papuleuse à l'ultramicroscope ne révèle pas de tréponèmes.

Quant à la sérologie, elle montre un Wassermann douteux, une Pálida fortement positive et un VDRL à 1/8.

La biopsie d'une lésion papuleuse du flanc gauche montre un épiderme légèrement papillomateux et acanthosique, un oedème du derme papillaire, un infiltrat très important, essentiellement lymphoplasmocytaire, péri-vasculaire ; une vascularite importante avec altération de la paroi vasculaire dont l'endothélium est turgescent. L'image est donc typique d'une vascularite syphilitique secondaire. Sous pénicilline, guérison rapide de toutes les lésions cutanées.

21) S. Gertrude, 12.5.1941.

Cette patiente de 33 ans, est hospitalisée à la Clinique de Dermatologie, au mois de septembre 1974, sur demande de son médecin traitant qui a diagnostiqué une syphilis secondaire ; elle serait allergique à la pénicilline.

A la fin du mois de mai 1974, la malade a constaté des lésions érythémato-papuleuses des flancs et du bas-ventre, et ne s'en inquiète pas.

En juillet, les lésions s'étendent à tout le tronc, aux paumes et aux plantes. Elle apprendra, un peu plus tard, que son mari a eu des lésions suspectes de la lèvre inférieure et du pénis, et, songeant à la syphilis, elle consulte son médecin au mois de septembre 1974.

A l'entrée, on constate des lésions maculeuses et érythémato-papuleuses, peu infiltrées, de 5 à 10 mm de diamètre, disséminées sur tout le tronc. Aux paumes et aux plantes, on note également des lésions maculo-papuleuses, à peine squameuses d'environ 1 cm de diamètre.

La sérologie est positive : Bordet-Wassermann +++, Pallida fortement positive, VDRL positif à 1/8.

L'histologie d'une lésion de la région pubienne montre une atrophie de l'épiderme, un épaissement de la paroi ainsi qu'une turgescence de l'endothélium des capillaires du derme papillaire, moyen et superficiel, avec un infiltrat à prédominance lymphocytaire, comprenant également de rares plasmocytes, situé autour de ces capillaires.

La patiente reçoit de la Rovamycine, puis une cure de pénicilline au cours de laquelle les lésions régressent rapidement.

22) J. Yvon, né le 28.10.1945, vient en consultation le 11 novembre 1974 pour une éruption légèrement prurigineuse apparue deux jours plus tôt. Sur le tronc, on constate des lésions érythémateuses, érythémato-papuleuses, par endroits, finement squameuses, certaines prurigineuses. Quelques lésions de même aspect siègent aux cuisses. Les paumes et les plantes sont indemnes.

Dans la région génito-anale, l'on constate également des lésions érythémato-papuleuses, en particulier sur le fourreau, ainsi qu'une discrète fissure anale, reliquat éventuel de l'ancien chancre.

Le pharynx est normal.

Les adénopathies sont multiples : latéro-cervicales bilatérales, axillaires bilatérales, épitrochléennes gauches, inguinales bilatérales.

Le sujet a également un pityriasis versicolor du haut du torse.

Les examens sérologiques montrent un Bordet-Wassermann douteux, une Pallida fortement positive et un VDRL positif à 1/4.

Le patient, homosexuel, vient à la consultation accompagné de son partenaire, chez lequel on découvre une syphilis primaire avec chancres multiples de la verge.

La biopsie d'un élément papuleux de l'abdomen montre un épiderme discrètement hyper-orthokératosique en un point de la préparation ; dans le derme papillaire et surtout dans le derme superficiel, on note un infiltrat à prédominance lymphocytaire, pratiquement dépourvu de plasmocytes ; la paroi des capillaires est nettement altérée, avec un endothélium turgescent et une discrète nécrose fibrinoïde ; quelques capillaires paraissent partiellement thrombosés.

Sous pénicilline, les lésions s'effacent rapidement.

23) Z. Pierre, né le 28.7.1927, vient en consultation le 11 novembre 1974 pour une éruption érythémato-papuleuse généralisée, prurigineuse, ayant débuté une dizaine de jours auparavant.

A la consultation, le patient est fébrile à 38° C, il se sent affaibli. Il présente sur le tronc, les membres supérieurs, les paumes et les plantes, des éléments érythémato-papuleux, par endroits, presque vésiculeux, de taille variable, ainsi que de nombreuses lésions excoriées par le grattage. Ces éléments prédominent sur les flancs, et sont très prurigineux. Aucune lésion buccale, génitale ou anale ne peut être décelée.

On ne palpe pas d'adénopathies.

Parmi les examens de laboratoire, la sédimentation est accélérée à 46/60 ; la sérologie est également pathologique : BW +++, Pallida fortement positive, VDRL + à 1/8.

La biopsie d'une lésion papuleuse du flanc gauche montre un épiderme un peu épaissi et acanthosique ; dans le derme papillaire et superficiel, on note un infiltrat lympho-plasmocytaire à prédominance lymphocytaire, situé autour des capillaires, dont l'endothélium est turgescent et la paroi épaissie, présentant un certain degré de nécrose fibrinoïde. Un peu plus profondément, on observe un important boyau d'infiltrat lympho-plasmocytaire avec une très importante vascularite très typique d'une syphilis.

Le patient reçoit un traitement de pénicilline, qui amène une régression rapide des lésions cutanées.

24) D. Lisette, 28.9.1929, est hospitalisée à la Clinique de Dermatologie du 21 novembre au 2 décembre 1974 pour une syphilis secondaire.

Un mois avant l'hospitalisation, la patiente a consulté son gynécologue pour une lésion ulcéreuse et suintante de la vulve et elle reçoit pour cela un traitement de pénicilline.

Peu de temps après, apparaît une éruption érythémato-papuleuse du tronc, qui se généralise ensuite à tout le corps. La patiente consulte alors un autre médecin qui demande l'hospitalisation de la patiente pour investigations.

A l'entrée, la patiente est en bon état général ; elle est afébrile. On note chez elle une polyadénopathie, avec, en particulier, de gros ganglions inguinaux, de consistance dure, et douloureux à la palpation.

Sur tout le corps, on note la présence de lésions érythémato-papuleuses, généralisées, touchant également le cuir chevelu et les régions palmo-plantaires.

Au niveau de la vulve, on aperçoit une lésion arrondie, de la taille d'une pièce de 5 francs, dont le fond est épithélialisé.

L'examen à l'ultramicroscope d'une lésion papuleuse du bras révèle des tréponèmes en abondance.

Les examens de laboratoire montrent une légère anémie avec un hémocrite à 37 %, une hémoglobine à 11,8 g% et 3'500'000 globules rouges ; une sédimentation à 11/31. La biologie sanguine est sans anomalie. Examens sérologiques : Bordet-Wassermann ++, Pallida fortement positive, VDRL + à 1/64.

La biopsie d'une lésion papuleuse de l'abdomen montre un épiderme un peu acanthosique, une vacuolisation des cellules du corps muqueux, une intense exocytose ainsi qu'une membrane basale peu nette. Dans le derme papillaire et superficiel, la capillarite est nette, avec obstruction presque complète de la lumière ; autour de ces capillaires, l'infiltrat est important, constitué presque essentiellement de lymphocytes avec quelques plasmocytes. La patiente reçoit un traitement de pénicilline sous lequel les lésions régressent rapidement.

25) I. Ernest, 23.6.1938: Syphilis maligne précoce

Ce patient de 31 ans, est hospitalisé à la Clinique dermatologique au mois de janvier 1969 pour des lésions papulo-nécrotiques disséminées sur tout le corps.

Ce malade, éthylique vivant dans de médiocres conditions, n'a pas d'antécédents vénériens. Dix jours avant l'hospitalisation actuelle, le patient a présenté une éruption érythémato-papuleuse du visage qui s'est étendue progressivement à tout le corps, devenant nécrotique ; en même temps que les lésions dermatologiques, apparaissent une fièvre à 39⁰, une fatigue générale, un catarrhe nasal et des céphalées. Le patient signale qu'une lésion du scrotum, peut-être apparue avant les autres, a grandi de manière particulièrement rapide. A l'entrée, on est en présence d'un malade affaibli, fébrile à 39,6⁰. L'examen général ne montre rien de particulier, mise à part une discrète hépatomégalie.

A l'examen des téguments, on observe de nombreuses lésions papuleuses, papulo-nodulaires, ulcérées et nécrotiques du visage et du cuir chevelu, atteignant jusqu'à 2 à 3 cm de diamètre.

Au niveau du tronc figurent les éléments les plus gros dont on peut également voir plusieurs stades, de la papule indurée de petite taille à la grosse ulcération, arrondie ou ovale, à bords taillés à pic, à fond sanieux ou recouvert d'une croûte épaisse, ostréacée.

Aux membres, les lésions sont réparties de façon désordonnée avec une discrète prédominance à la face antérieure des membres ; seules, les paumes des mains sont indemnes. Il s'agit d'éléments ulcérés,

papulo-nécrotiques.

Au niveau du scrotum, on observe une large érosion de 4 cm sur 6 cm, profonde de 4 mm, à bords indurés, douloureuse à la palpation et accompagnée d'une adénopathie inguinale gauche douloureuse, mobile, de la taille d'une noix.

Il n'y a pas de lésion de la verge.

Les examens de laboratoire révèlent une leucocytose à 11'400 avec forte déviation à gauche, une vitesse de sédimentation à 59/86. Immuno-électrophorèse : augmentation des immuno-globulines des trois classes. Sérologie : Bordet-Wassermann +++, Pallida +++ , VDRL à 1/32. La recherche des tréponèmes dans l'exsudat des lésions, au fond noir, est négative à 5 reprises.

La biopsie d'une lésion papulo-nécrotique du flanc droit montre les éléments suivants :

- l'épiderme est atteint, avec parakératose, vacuolisation de certaines cellules et présence de micro-abcès intra-épidermiques ; il est aminci, et son épaisseur au centre de la préparation n'atteint que deux à trois assises cellulaires surmontées d'une couche cornée orthokératosique.
- L'infiltrat, qui s'étend de la basale au derme profond, est dense ; par endroits, il envahit même l'hypoderme ; il est constitué de lymphocytes et de plasmocytes ; la paroi des capillaires et des petites artérioles est très altérée avec une turgescence marquée de l'endothélium.
- à la limite du derme profond et de l'hypoderme, on note également

la présence de quelques granulomes sarcoïdiques contenant de nombreuses cellules réticulaires et quelques cellules géantes. Cette image histologique avec nécrose épidermique, infiltrat dermique dense périvasculaire et vasculite oblitérante - concordait avec l'impression clinique de syphilis maligne précoce.

Un traitement antisyphilitique fut entrepris, par le bismuth d'abord, puis par la pénicilline.

Après quelques jours déjà, on assiste à l'affaïssement des lésions avec début de cicatrisation des ulcérations ; parallèlement, l'état général s'améliore, la température redevenant normale dès le sixième jour de l'hospitalisation .

Lorsque le patient quitte la Clinique, contre notre gré, trois semaines plus tard, il présente encore d'importantes cicatrices, reliquats de lésions ulcéreuses, nécrotiques et rupioïdes.

Ce malade a repris son traitement chez un médecin de la ville. Lorsque nous l'avons revu, quelques mois plus tard, il était parfaitement cicatrisé.



Fig. 24 : Cas No 25.
Éléments papulo-nodulaires, ulcéreux, croûteux
et rupioïdes du dos.



Fig. 25 : Cas No 25.

Eléments érythémato-papuleux et papulo-nodulaires avant l'ulcération.

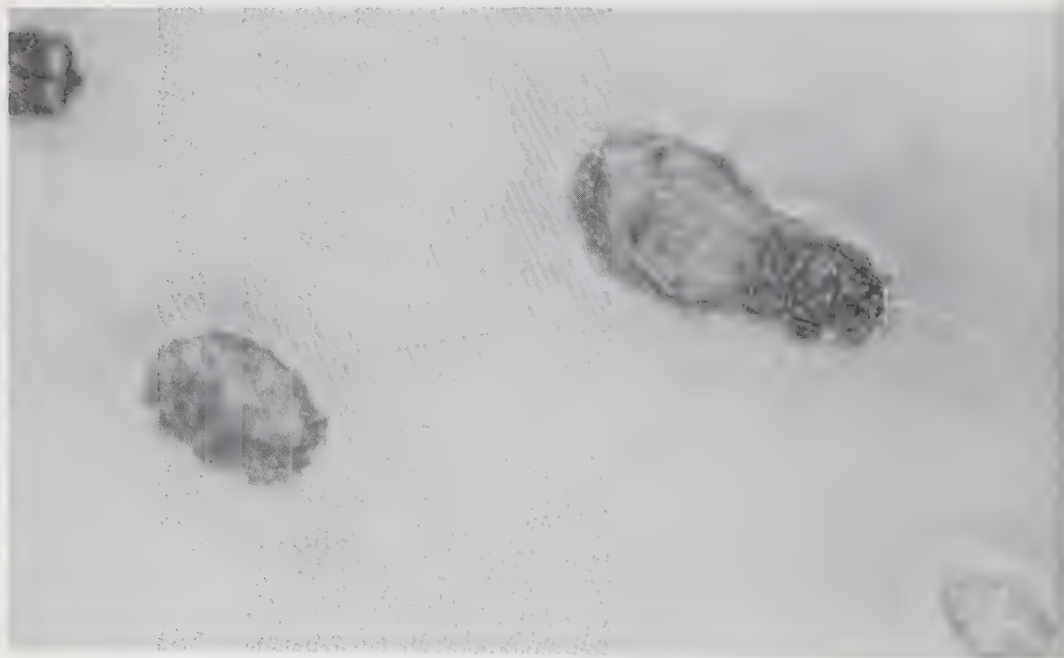


Fig. 26 : Cas No 25.

Eléments ulcéreux, croûteux et rupioïdes.



Fig. 27 : Cas No 25.

Gross. x 40

Image histologique d'une lésion papulo-nécrotique du flanc droit, montrant un épiderme aminci, parakératosique, ainsi qu'un infiltrat dermique dense.

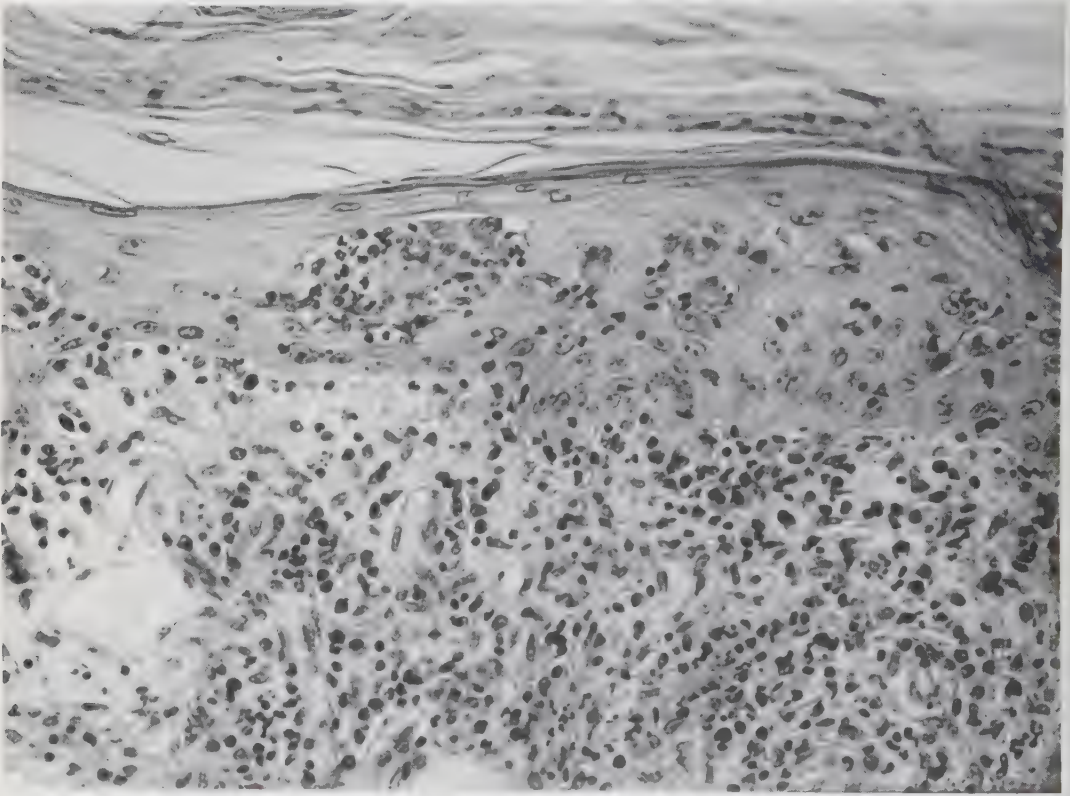
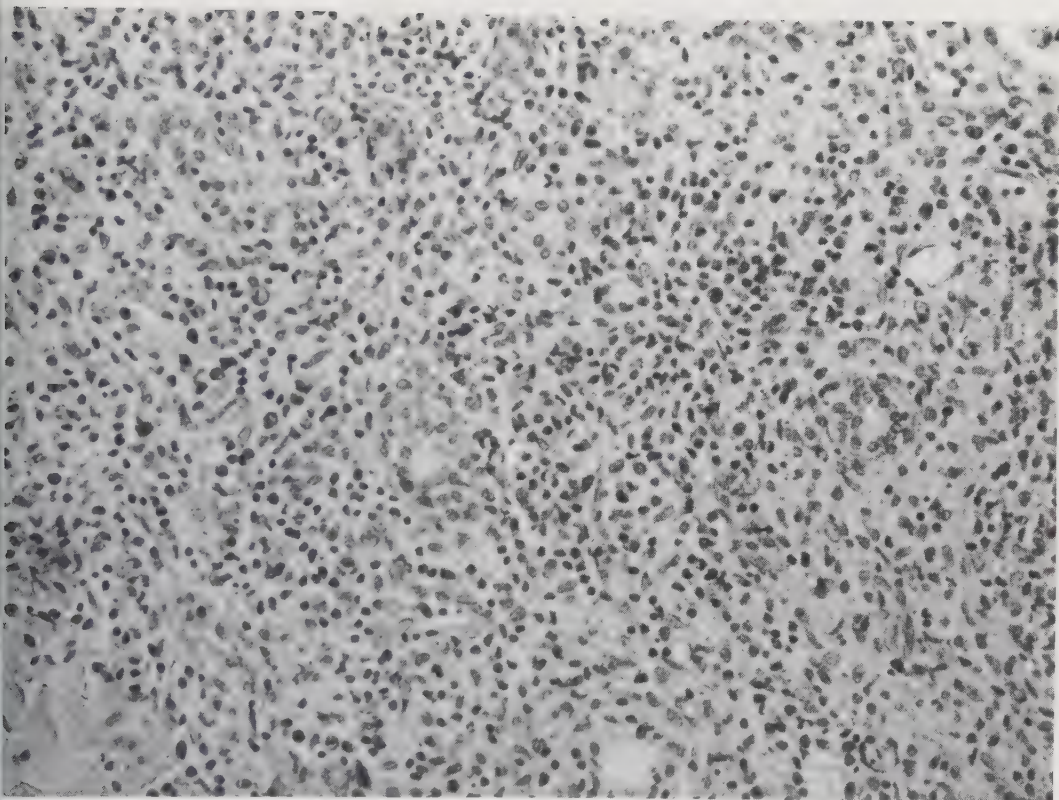


Fig. 28 : Cas No 25.

Gross. x 180

Micro-absès intra-épidermique.
Infiltrat dermique lympho-plasmocytaire.
Turgescence de l'endothélium des capillaires et des petites ar-
térioles.



g. 29 : Cas No 25

Gross. x 180

Infiltrat de type sarcoïdique, avec de nombreuses cellules réticulaires et quelques cellules géantes, situé à la limite du derme profond et de l'hypoderme.





NOMS	FORME CLINIQUE	FORME HISTOLOGIQUE	ALTERATIONS	ALTERATIONS VASCULAIRES	INFILTRAT
				Derme superf. : Derme profond	Derme superf. : Derme profond
1. Ch. Khosrow, 1932.	érythémato-papuleuse.	<u>sarcoïdique.</u>	-	- vaisseau à paroi hyalinisée.	lympho-histiocytaire : avec rares cell.épithélioïdes et ébauches de cell.géantes.
2. C. Raymond, 1939.	péri-pilaire.	<u>sarcoïdique.</u>	acanthose légère	altération im-portante des capillaires superficiels.	lymphocytaire : avec cellules épithélioïdes et cell.géantes : à disposition péri-pilaire sur tout.
3. D. André, 1946.	érythémato-papuleuse.	<u>sarcoïdique.</u>	-	-	cellules épithélioïdes à disposition péri-pilaire sur tout.
4. A. Meinrad, 1933.	érythémato-papuleuse.	<u>sarcoïdique.</u>	-	altération im-portante de la paroi vasculaire.	infiltrats : petit foyer d'infiltrat lympho-plas-mocytaire à prédominance : avec cell. lymphocytaires péri-vasculaires. d'une couronne de lymphocytes.
5. P. Maria, 1944.	érythémato-papuleuse.	<u>sarcoïdique.</u>	-	endothélium turgescent ; parois en é-tat de nécrose fibrinoïde.	infiltrat : lympho-plas-mocytaire à disposition péri-vasculaire ; pré-sence de quel-ques cel.épithélioïdes.

NOMS	FORME CLINIQUE	FORME HISTOLOGIQUE	ALTERATIONS EPIDERMIS	ALTERATIONS VASCULAIRES	INFILTRAT
6. P. Albert, 1945.	érythémato-papuleuse.	<u>sarcoïdique.</u>	épiderme aminci en un point épais-si et papillomateux au voisinage.	Derme superf. : vasculaire importante avec sténose de la lumière et turgescence de l'endot-hélium.	Derme superf. : infiltrat composé de cellules épithélioïdes, de quelques cellules géantes, de lymphocytes et de plasmocytes.
7. S. Victor, 1943.	érythémato-papuleuse.	<u>péri-pilaire.</u>	amincissement et papillomatose.	Derme superf. : turgescence de l'endothélium et altération de la paroi des capillaires et des artérioles.	infiltrat lympho-plasmocytaire péri-pilaire.
8. L. Jean, 1952.	érythémato-papuleuse.	<u>péri-pilaire.</u>	papillomatose discrète; par endroits parakératose.	turgescence de l'endothélium et oedème de la paroi des vaisseaux.	infiltrat lympho-plasmocytaire péri-pilaire.
9. R. Karine, 1953.	érythémato-papuleuse.	<u>péri-pilaire.</u>	-	turgescence de l'endothélium et oedème de la paroi des vaisseaux (également derme moyen).	infiltrat lympho-plasmocytaire avec cellules épithélioïdes, à disposition péri-pilaire (également dans le derme moyen).

NOMS	FORME CLINIQUE	FORME HISTOLOGIQUE	ALTERATIONS EPIDERMiques	ALTERATIONS VASCULAIRES	INFILTRAT
10. E. Roll, 1953.	roséole.	lésions vasculaires.	-	Derme superf. : nécrose fibrillaire ; : noûde de la paroi des capillaires ; : perfoiels avec turgescence ; : ce de l'endothélium.	Derme superf. : petit infiltrat ; : trat inflammatoire péri-vasculaire ; : peu de plasmocytes.
11. B. Michel, 1946.	érythémato-papuleuse.	vascularite avec infiltrat lymphocytaire plasmocytaire ; re péri-vasculaire.	acanthose.	turgescence de l'endothélium des capillaires et des artériolles ; : turgescence de l'endothélium des capillaires et des artériolles.	infiltrat lympho-plasmocytaire. ; : lympho-plasmocytaire.
12. D. Charles, 1942.	érythémato-papuleuse.	vascularite avec infiltrat lymphocytaire plasmocytaire ; re péri-vasculaire.	discrète hyperplasie.	vaisseaux élargis avec endothélium turgescent et parois en écartement ; : tat de nécrotisation ; : se fibrinoïde ; : de.	infiltrat lympho-plasmocytaire et histiocytaire très dense. ; : Présence de quelques cellules géantes.
13. M. Willy, 1930.	érythémato-papuleuse.	vascularite avec infiltrat lymphocytaire plasmocytaire ; re péri-vasculaire.	acanthose modérée.	hyalinisation de certains capillaires ; : avec endothélium turgescent.	infiltrat lympho-plasmocytaire à prédominance plasmocytaire. ; : re.
14. C. Claude, 1950.	érythémato-papuleuse.	vascularite avec infiltrat lymphocytaire plasmocytaire ; re péri-vasculaire.	-	capillaires à paroi oedématisée et à endothélium turgescent.	infiltrat lympho-plasmocytaire à prédominance lymphocytaire. ; : re.

NOMS	FORME CLINIQUE	FORME HISTOLOGIQUE	ALTERATIONS EPIDERMIQUES	ALTERATIONS VASCULAIRES	INFILTRAT
				Derme superf. : Derme profond	Derme superf. : Derme profond
15. B. Daniel, 1945.	érythémato-papuleuse.	vascularite avec infiltrat péri-vasculaire lymphocytaire. re.	acanthose discrète.	dans le derme : capillaires dilaté. : avec endothélium turgescent. : cent.	infiltrat : presque uniquement lymphocytaire, pratiquement tiquement pas de plasmocytes.
16. N.R. Thérèse, 1943.	érythémato-papuleuse.	vascularite avec infiltrat péri-vasculaire plasmocytaire. re.	acanthose nette par endroits, avec papilles très hautes et œdématisées.	vascularite très importante du derme moyen:avec turgescent de de l'endothélium et sténose de la lumière.	infiltrat es: infiltrat sentiellement: lymphoplas-mocytaire: mocyte avec quel-ques histiocytes.
17. R. Raphaël, 1949.	érythémato-papuleuse.	vascularite avec infiltrat péri-vasculaire lymphoplas-mocytaire.	discrète hyperorthokératose.	léger épaissement de la paroi vasculaire.	infiltrat : lymphoplas-mocytaire à prédominance : plasmocytaire. re.
18. E. Eladro, 1942	érythémato-papuleuse.	vascularite avec infiltrat lymphoplas-mocytaire re péri-vasculaire.	hyperplasie modérée.	capillarite importante : avec turgescence de l'endothélium et nécrose paroielle de la paroi.	infiltrat : lymphoplas-mocytaire à prédominance : lymphocytaire.
19. R. Manuel, 1946.	érythémato-papuleuse.	vascularite avec infiltrat lymphoplas-mocytaire re péri-vasculaire.	-	vascularite très importante : avec turgescence de l'endothélium et altérations de la paroi.	infiltrat : lymphoplas-mocytaire.

NOMS	FORME CLINIQUE	FORME HISTOLOGIQUE	ALTERATIONS EPIDERMIS	ALTERATIONS VASCULAIRES	INFILTRAT
20. C. Luciano, 1930.	érythémato-papuleuse.	vascularite avec infiltrat lymphocytaire plasmocytaire péri-vasculaire.	- capillomatoses et acanthoses légères. - centres de l'endothélium et altération de la paroi.	vascularite importante avec turgescence de l'endothélium et altération de la paroi.	infiltrat lympho-plasmocytaire important.
21. S. Gertrude, 1941.	érythémato-papuleuse.	vascularite avec infiltrat lymphocytaire plasmocytaire péri-vasculaire.	atrophie.	épaississement de la paroi et turgescence de l'endothélium des capillaires (également dans le derme moyen).	infiltrat lympho-plasmocytaire à prédominance lymphocytaire (également dans le derme moyen).
22. J. Yvon, 1945.	érythémato-papuleuse.	vascularite avec infiltrat lymphocytaire plasmocytaire péri-vasculaire.	discrète hypertrophie per-orthokératose.	turgescence de l'endothélium et discrète nécrose fibrinoïde de la paroi des capillaires.	infiltrat à prédominance lymphocytaire ; très rares plasmocytes.
23. Z. Pierre, 1927.	érythémato-papuleuse.	vascularite avec infiltrat lymphocytaire plasmocytaire péri-vasculaire.	acanthose discrète.	turgescence de l'endothélium et début de nécrose fibrinoïde de la paroi des capillaires (également dans le derme moyen).	infiltrat lympho-plasmocytaire à prédominance lymphocytaire (égale-ment dans le derme moyen).
24. D. Lisette, 1929.	érythémato-papuleuse.	vascularite avec infiltrat lymphocytaire plasmocytaire péri-vasculaire.	acanthose discrète, vacuolisation des cellules du corps muqueux.	capillarite nette avec obstruction presque complète de la lumière.	infiltrat lympho-plasmocytaire à prédominance lymphocytaire.

NOMS	FORME CLINIQUE	FORME HISTOLOGIQUE	ALTERATIONS EPIDERMQUES	ALTERATIONS VASCULAIRES	INFILTRAT
25. I. Ernest, 1938.	maligne précoce.	nécrose épidermique débutante, vascularite avec infiltrat péri-vasculaire lympho-plasmocytaire.	parakératose, vacuolisation de plusieurs cellules, présence de micro-abcès intra-épidermiques.	altération de la paroi des capillaires et des artérioles avec turgescence de l'endothélium.	infiltrat lympho-plasmocytaire dense.

DISCUSSION

L'étude des 25 cas de syphilis secondaires choisis parmi les cas de la Clinique de Genève chez lesquels un examen histologique a pu être réalisé, nous amène à discuter les images différentes que nous avons vues.

Il y a tout d'abord des cas très classiques dont l'histopathologie caractéristique n'entraîne pas de commentaires. Nous ne pensons pas utile d'y revenir si ce n'est occasionnellement et à titre de comparaison avec les autres observations.

Peut-on ranger les formes péri-pilaires dans les formes anormales ? elles sont connues et si, du point de vue clinique, elles peuvent parfois pour un oeil non averti n'être pas diagnostiquées, la découverte d'autres manifestations de syphilis secondaire (adénopathies, lésions viscérales, etc.), la positivité de la sérologie et l'histologie qui est alors affectuée, permettront très rapidement de reconnaître leur origine tréponémique. Mais nous avons pu constater que quelques-unes des formes anormales qui font l'objet essentiel de ce travail ont également une disposition clinique et histologique péripilaire.

Nous insisterons donc tout particulièrement sur les images histologiquement sarcoïdiques que nous avons pu constater chez quelques-uns de nos malades.

Comme d'autres auteurs, nous avons été frappés par cette histopathologie :

JEANSELME, dans son traité de la Syphilis, signale déjà ces formes sarcoïdiques sous le nom de syphilides lichénoïdes, décrivant sous un épiderme hyperkératosique, des amas de cellules épithélioïdes groupées en follicules. Des formes sont retrouvées fréquemment dans la syphilis secondaire tardive et dans la syphilis tertiaire. JEANSELME ne mentionne pas leur fréquence.

Ces descriptions sont reprises par d'autres traités classiques :

MILIAN, sous le nom de "syphilides folliculaires sèches à type de lichen scrofulosorum" (ces syphilides folliculaires correspondant

aux syphilides papuleuses miliaires ou granuleuses de FOURNIER) décrit une hyperkératose de l'orifice folliculaire, un infiltrat péri-folliculaire composé de cellules conjonctives multipliées et hypertrophiées allant jusqu'à la cellule épithélioïde, de cellules géantes; l'allure de cet infiltrat péri-folliculaire ne diffère en rien de celui du lichen scrofulosorum le plus caractéristique.

MILIAN signale encore la présence, en certains points d'un infiltrat qui, au lieu d'être périfolliculaire, se trouve logé dans le derme papillaire sans aucune relation avec les follicules pileux. On observe cet aspect surtout dans les régions à syphilides lichénoïdes, c'est-à-dire, semblables au lichen plan : on trouve alors dans le derme papillaire de véritables tubercules, analogues aux tubercules lupiques, c'est-à-dire sans caséification mais avec présence de cellules géantes, de cellules épithélioïdes, de cellules conjonctives hypertrophiées, le tout groupé sous forme d'un véritable tubercule.

Dans d'autres cas, écrit MILIAN, "l'infiltrat, au lieu de siéger comme le tubercule précédent à la partie inférieure du derme, à la limite du derme profond, siège à la partie supérieure du derme papillaire qui s'élargit en coupole comme dans le lichen plan et qui est formé de cellules conjonctives hypertrophiées comme précédemment, multipliées, et de cellules géantes".

MONTGOMERY rappelle que la syphilis est la "grande simulatrice" cliniquement et histologiquement pouvant donner à s'y méprendre l'image d'un érythème polymorphe, d'un psoriasis, d'un lichen plan. Des réponses tuberculoïdes ou épithélioïdes peuvent se trouver dans les formes périlaires et lichénoïdes.

On peut donc voir des images cliniques et histologiques simulant celles du lichen plan, avec un infiltrat limité à la partie supérieure du derme et avec des altérations épidermiques identiques à celles du lichen plan.

J. CIVATTE rappelle que dans les syphilides secondaires tardives, l'image histologique est moins typique et tend plus ou moins à se rapprocher de celle des lésions tertiaires : nodules, ulcérés ou non, à localisation dermique, et gommès, plus profondément situées, pouvant atteindre le tissu sous-cutané, les muscles et les viscères.

L'infiltrat s'appauvrit en plasmocytes et s'enrichit en cellules épithélioïdes, en fibroblastes, en histiocytes et en cellules géantes. Des images franchement tuberculoïdes sont fréquentes, rendant le diagnostic d'autant plus difficile que l'aspect clinique ne permet souvent pas de trancher et que, en pratique, la recherche des tréponèmes est souvent vaine dans les lésions.

Pour LEVER également, l'histologie ne permet pas toujours de préciser si une lésion cutanée ressortit à la syphilis secondaire ou tertiaire. Des lésions interprétées, sur le plan clinique, comme des syphilides secondaires, comportent assez souvent des cellules épithélioïdes et des cellules géantes. Inversement, des lésions tertiaires d'apparition récente peuvent présenter un infiltrat de type secondaire dépourvu de cellules épithélioïdes et de cellules géantes.

GROSSHANS à son tour décrit l'image histologique particulière des papules syphilitiques lichénoïdes, avec, dans la plupart des cas, un épiderme épaissi au-dessus de plusieurs papilles et une jonction

dermo-épidermique plus floue.

Une forme particulière de ces papules lichénoïdes montre une atrophie de l'épiderme avec, en-dessous, prenant trois ou quatre papilles, un petit îlot bien délimité formé de cellules épithélioïdes, de cellules géantes et de quelques lymphocytes. Cette image histologique est donc sarcoïdique, ou très voisine de celles du lichen scrofulosorum, voire du lichen nitidus.

De tels granulomes sarcoïdiques peuvent constituer l'infiltrat inflammatoire de toute syphilis secondaire et ne sont pas l'exclusivité des syphilides péripilaires à petites papules. GROSSHANS ne mentionne pas leur fréquence.

Dans notre travail, nous avons observé 6 cas de formes sarcoïdiques parmi nos 25 malades.

Parmi ces 6 cas, les trois premiers (cas No. 1, 2 et 3) présentent une histologie sarcoïdique très nette :

- dans le cas No. 1, l'épiderme ne présente pas d'altérations. La lésion essentielle siège dans le derme profond, autour d'un poil : on trouve à cet endroit un vaisseau à paroi hyalinisée, entouré d'un derme altéré, paraissant en état de nécrose fibrinoïde, l'infiltrat est composé d'histiocytes et de lymphocytes, avec, par-ci par-là quelques cellules épithélioïdes. On ne voit pas de plasmocytes dans la lésion ; en revanche, on constate la présence d'ébauches de cellules géantes.

Cette image se rapproche donc plus d'une sarcoïdose que d'une syphilis.

- dans le cas No. 2, les altérations épidermiques sont très discrètes et ne se manifestent que par une légère acanthose. Les capillaires superficiels sont très altérés ; dans plusieurs papilles, on constate un infiltrat constitué par des lymphocytes, des cellules épithélioïdes et des cellules géantes ; cet infiltrat se retrouve exactement avec la même composition, parfois plus profondément situé, presque toujours autour des poils. Il y a relativement peu de plasmocytes. Il s'agit donc d'un infiltrat d'allure très sarcoïdique.

- dans le cas No. 3, l'épiderme est presque normal. Par contre, les lésions dermiques sont importantes, situées dans le derme superficiel où l'on trouve de nombreuses cellules épithélioïdes soit entourées de lymphocytes soit mêlées à eux. Le groupement péripilaire est assez marqué. Cette image est donc à nouveau très sarcoïdique.

Dans les 3 autres cas, l'aspect sarcoïdique des lésions est plus discret :

- dans le cas No. 4, on note une altération considérable de la paroi des vaisseaux du derme superficiel ainsi que de petits infiltrats périvasculaires à prédominance lymphocytaire avec de rares plasmocytes. Plus profondément, on trouve un petit foyer d'infiltrat de type sarcoïdique dont le centre est constitué de quelques cellules épithélioïdes, entouré d'une couronne très importante de lymphocytes.

- dans le cas No. 5, on constate, en plusieurs points de la préparation, des lésions vasculaires, avec des vaisseaux à endothélium turgescent, à paroi en état de nécrose fibrinoïde,

avec un infiltrat lympho-plasmocytaire périvasculaire. Par endroits, la présence de quelques cellules épithélioïdes fait évoquer une image qui se rapprocherait d'une image sarcoïdique.

- dans le cas No. 6, on observe au centre une discrète érosion recouverte d'une croûte séro-hématique, l'épiderme est aminci à cet endroit alors qu'il est épaissi et papillomateux au voisinage. Le derme superficiel et le derme papillaire sont le siège d'une vascularite considérable avec altération de la paroi vasculaire et turgescence de l'endothélium. Plus profondément, on note d'une part un infiltrat lympho-plasmocytaire autour d'une glande sébacée et d'autre part un infiltrat beaucoup plus important d'allure un peu sarcoïdique avec des cellules épithélioïdes, quelques cellules géantes, des lymphocytes et des plasmocytes, autour d'une glande sudoripare partiellement altérée. C'est donc l'image d'une syphilis secondaire ayant en un point une allure sarcoïdique.

Parmi nos 6 cas de forme histologique sarcoïdique, avec sérologie fortement positive, 5 fondent rapidement sous traitement pénicilliné : la responsabilité du tréponème est donc évidente (cas No. 2, 3, 4, 5 et 6).

En revanche, pour le sixième cas (cas No. 1), où le patient présente une éruption de papules acumminées, groupées, faisant évoquer le diagnostic de syphilides périlipaires, cela d'autant plus que la sérologie est fortement positive, cette histologie est surprenante et l'évolution de l'affection est déconcertante ; les lésions cutanées, de même que l'uvéïte, ne répondent pas au traitement antisypilitique mais cèdent par contre à la corti-

sone, comme dans la sarcoïdose classique.

Les 5 cas décrits se rapprochent de ceux, déjà commentés par divers auteurs, de lésions cutanées histologiquement sarcoïdiques, constatées chez des malades atteints de syphilis secondaire, et sensibles au traitement antisyphilitique :

LANTIS et coll., dans un cas de syphilis secondaire dont la morphologie et la distribution des lésions cutanées sont typiques mais présentent également quelques lésions évocatrices de sarcoïdose, dont la sérologie est fortement positive et dont les investigations épidémiologiques concordent également avec le diagnostic de syphilis secondaire, décrivent une image de granulome sarcoïdique :

- l'épiderme est modérément acanthosique ;
- les portions supérieures et moyennes du derme contiennent plusieurs agrégats de cellules épithélioïdes et de cellules de Lang-

hans en formations bien délimitées. A la périphérie de ces tubercules, on ne voit que peu de lymphocytes et de plasmocytes, de même que dans les zones périvasculaires à travers la partie supérieure du derme. Les vaisseaux atteints montrent également une turgescence épithéliale. Les lésions régressent sous traitement pénicilliné et les auteurs tirent de cette observation la conclusion que le tréponème est capable de provoquer la formation d'un granulome sarcoïdique allergique chez des sujets immunologiquement préparés à réagir de cette façon particulière.

SINGH analyse également le cas d'un homme de 60 ans présentant aux membres supérieurs, aux membres inférieurs et à la région

fessière des lésions érythémato-papuleuses et papulo-squameuses ayant commencé 19 ans auparavant. Il présente un VDRL fortement positif.

L'histologie montre, sous un épiderme atrophique, des îlots d'inflammation granulomateuse diffusément répartis mais abondants surtout dans le derme superficiel et moyen ainsi qu'autour des follicules pilo-sébacés, des glandes et des canaux sudoripares, détruisant pratiquement les muscles arrecteurs des poils. Ces granulomes, très bien délimités, sont constitués pour la plupart de lymphocytes d'histiocytes, de cellules épithélioïdes et des quelques cellules géantes. Là non plus, on n'observe pas de plasmocytes. Les vaisseaux sont indemnes.

Le traitement pénicilliné amène la régression complète des lésions.

Pour SINGH comme pour LANTIS, c'est le tréponème qui a entraîné la formation de granulomes sarcoïdiques.

BIRÓ commente également le cas d'un malade de 52 ans, fébrile à 38,3⁰, présentant une éruption étendue et symétrique, constituée de lésions papuleuses et nodulaires localisées à la poitrine, au dos et aux épaules ; les paumes et les plantes sont indemnes. On constate également une alopecie en clairière, une polyadénopathie touchant les ganglions rétro-auriculaires, axillaires, épitrochéens et inguinaux.

Le VDRL sanguin est fortement positif, celui du liquide céphalo-rachidien est faiblement positif.

Quant à la radiographie du thorax, elle met en évidence un élargissement du médiastin supérieur à droite ainsi que de multiples nodules mal définis localisés aux deux plages pulmonaires, principalement aux bases. Ces images sont interprétées comme un processus inflammatoire chronique probablement non-spécifique.

A la biopsie cutanée on observe un infiltrat périvasculaire composé de lymphocytes, avec présence de plasmocytes et de cellules épithélioïdes dans le derme moyen; on constate également la présence de cellules géantes multinucléées.

BIRD interprète cette image comme "granulome dermique non-caséux". Là encore, la guérison va être redevable de la pénicilline.

Le cliché du thorax, après traitement, montrait la disparition des nodules pulmonaires.

Les auteurs signalent la rareté de l'atteinte pulmonaire dans la syphilis secondaire ; cela pourrait être dû, selon eux, au fait que la plupart des patients atteints de syphilis secondaire ne sont pas hospitalisés et que l'on ne fait donc pas de radiographie thoracique systématique chez eux.

Nos cinq cas peuvent également être comparés aux cinq patients que KAHN a observé et qui présentaient tous une clinique de syphilis secondaire typique, avec lésions érythémato-papuleuses, parfois finement squameuses, légèrement pustuleuses dans l'un des cas, non prurigineuses.

Chez tous ces patients le Wassermann et les autres réactions de la syphilis étaient fortement positives.

L'examen histologique a montré, dans tous les cas, des granulomes de type sarcoïdique, localisés au derme supérieur et composés d'un

agrégat central de cellules épithélioïdes entouré d'une couronne de lymphocytes et de fibroblastes. Dans l'un des cas, les granulomes n'étaient qu'esquissés, ce qui suggérait qu'ils n'étaient qu'au début de leur évolution. Dans 3 cas, on apercevait des cellules géantes multinucléées de type Langhans.

La coloration de Whartin-Starry pour les spirochètes était négative. On n'apercevait que peu de plasmocytes et la turgescence endothéliale était minime.

Chez le premier des cinq patients, la présence des granulomes ne fut pas remarquée lors des premiers examens histologiques; chez deux autres, l'on suggéra la possibilité d'une tuberculose, d'une sarcoïdose ou d'une lèpre; pour les deux derniers, les granulomes furent correctement interprétés dès le début comme étant de nature syphilitique.

Chez tous les patients, la guérison est redevable de la pénicilline.

"La présence, lors de syphilis secondaire, de granulomes sarcoïdiques est plus fréquente que la littérature ne le laisse croire", affirme KAHN.

Nos cas sont aussi à rapprocher de ceux où une histologie sarcoïdique et une sérologie positive sont associées à des lésions cliniquement sarcoïdiques et guérissant sous traitement antisyphilitique tel le cas de PAUTRIER où une jeune femme, 6 ans après avoir contracté une syphilis, présente des lésions du visage à type de sarcoïde de Boeck; apparues 2 mois auparavant, ces lésions localisées aux faces latérales du nez, dans leur tiers supérieur, sont constituées par un centre érythémateux et télangiectasique; cette zone centrale semble

légèrement affaissée par rapport aux bords qui sont constitués par une série de bosselures juxtaposées, faisant une saillie de quelques millimètres, fermes au toucher, de couleur rouge jaunâtre, non squameuses, légèrement infiltrées en profondeur. Les lésions sont indolores.

La réaction de Wassermann est fortement positive chez cette malade.

L'examen histologique montre, sous un épiderme aminci, des foyers d'infiltrat situés tantôt au voisinage des follicules pileux et des glandes sébacées, tantôt distribués sans ordre dans le tissu conjonctif.

Ces infiltrats sont constitués, dans leur grande majorité, par des cellules épithélioïdes, accessoirement par des cellules conjonctives fixes et des lymphocytes. Des cellules géantes y sont rares.

Sous traitement de Néosalvarsan, les lésions vont s'affaïsser en 8 jours et disparaître.

"Il est donc établi", écrit PAUTRIER, "que la sarcoïde dermique, type Boeck, peut se rencontrer chez des syphilitiques avérés ou des malades suspects de syphilis, présentant une réaction de Wassermann positive ou devenant positive après réactivation, et que cette lésion peut guérir entièrement par le Néosalvarsan, aussi rapidement qu'une manifestation syphilitique ordinaire".

Et PAUTRIER ajoute: "Les sarcoïdes paraissent donc reconnaître des étiologies multiples. Certaines paraissent en rapport avec la tuberculose, d'autres avec la syphilis, d'autres peuvent peut-être relever d'une autre infection".

On peut également en rapprocher le cas signalé par GATE et ROUSSET d'un malade de 50 ans présentant, dans la région lombaire gauche, un placard érythémateux, violacé par places, avec des intervalles de peau saine. A la palpation, on constate que ce placard, faisant saillie, est constitué d'une série de nodules de consistance ferme, de volume variable (d'une noisette à un oeuf de pigeon), de formes diverses (arrondies, ovoïdes), indolores à la palpation. En un point, vers l'extrémité antérieure du placard, on trouve une sensation de ramollissement, peut-être même de fluctuation. A ce niveau d'ailleurs on remarque une petite dépression correspondant à une fistulette qui donne une goutte de liquide sanieux. Il n'y a pas d'adénopathies.

La réaction de Bordet-Wassermann est très positive.

L'examen histologique montre un épiderme et un derme normaux. Mais dans l'hypoderme, on trouve en certains points des amas d'infiltration assez denses mais irréguliers formant des nappes plus que des nodules circonscrits. Ces infiltrats sont constitués de grosses cellules conjonctives et d'un nombre appréciable de plasmocytes. On ne voit guère des cellules pouvant passer pour des cellules épithélioïdes; néanmoins, en plusieurs points, on peut constater la présence de cellules géantes.

"En somme il s'agit de lésions d'inflammation chronique dues à la tuberculose ou à la syphilis. Toutefois la présence de plasmocytes et l'absence de zones nécrotiques peuvent faire pencher davantage en faveur de la syphilis" concluent les auteurs.

Dès les premières injections de Novarsénobenzol, la tuméfaction lombaire commence à disparaître.

"Les syphilomes tertiaires peuvent, dans certaines circonstances, se présenter avec le type clinique de sarcoïdes et donner à l'examen anatomopathologique des images très comparables à ce que l'on observe dans cette variété de tuberculides. A défaut d'antécédents nets de syphilis (c'était le cas de notre malade), à défaut même d'une sérologie syphilitique qui peut manquer dans 50 % des syphilis tertiaires évolutives, il faudra se souvenir que la syphilis peut déterminer de pareilles lésions et instituer un traitement d'épreuve. L'efficacité complète et rapide de ce traitement permettra seule dans des cas semblables de trancher définitivement la question".

BERNSTEIN commente également le cas d'une patiente présentant, 18 ans après une syphilis primaire, une éruption érythémato-papuleuse et papulonodulaire; ces éléments, groupés en formations circinées et serpiginieuses, sont localisés au tronc et aux bras. On note également la présence d'adénopathies cervicales et axillaires.

La biopsie de l'un des éléments révèle une acanthose discrète de l'épiderme. Dans le derme supérieur et moyen, on note la présence de nombreuses cellules épithélioïdes groupées en formations bien délimitées; les vaisseaux sanguins, à ce niveau, sont dilatés.

BERNSTEIN pose le diagnostic histologique de sarcoïde.

Sous le traitement de pénicilline, les lésions régressent, ne laissant persister qu'une très discrète pigmentation.

Notre sixième cas (cas No. 1), est d'interprétation beaucoup

plus délicate :

ce patient, âgé de 37 ans au moment de son hospitalisation, se souvient d'avoir présenté, un an plus tôt, lors d'un séjour aux Etats-Unis, une lésion érosive du prépuce ainsi qu'une urétrite. Malheureusement il ignore la nature du traitement qu'il a reçu à ce moment-là et il est incapable de nous en préciser la durée. Six mois plus tard, le patient note l'apparition d'éléments érythémateux, non prurigineux, localisés au tronc, auxquels il ne prête guère attention. Quelques mois plus tard, lorsque nous voyons ce malade, nous constatons chez lui une éruption de papules accuminées, groupées, qui fait évoquer le diagnostic de syphilides péripilaires, cela d'autant plus que la sérologie est fortement positive. On palpe des adénopathies axillaires et épitrochléennes bilatérales. Le patient est également atteint d'uvéite.

La tuberculine à 1 unité est faiblement positive après 48 heures. En raison de l'éruption et de la forte positivité des réactions sérologiques, nous pratiquons une biopsie dont le résultat est surprenant puisqu'il montre la présence, dans le derme profond, autour d'un poil, d'un infiltrat lympho-histiocytaire avec quelques cellules épithélioïdes et des ébauches de cellules géantes. Cette image se rapproche donc plus d'une maladie de BBS que d'une syphilis, mais le traitement de la syphilis par la pénicilline ne modifie en rien les lésions cutanées ni oculaires, alors que ces lésions vont céder rapidement à la corticothérapie.

Cette inefficacité du traitement pénicilliné pourrait rappeler le cas de LE COULANT où un malade, porteur de lésions de syphilis secondaire avec sérologie fortement positive et histologie sarcoï-

dique, ne répond pas au traitement antisyphilitique; mais s'agissait-il là essentiellement d'une bismutho-résistance ou d'une vraie sarcoïdose ?

Dans notre cas, le problème est tout aussi complexe. Quel y est le rôle du tréponème ? A-t-il induit la sarcoïdose, qui évolue ensuite pour son propre compte, le traitement spécifique étant inopérant ?

Et dans les cas où le traitement antisyphilitique se révèle efficace, s'agit-il de sarcoïdose associée à une syphilis, ou s'agit-il d'une forme histologique particulière de syphilis ?

Il faut distinguer, selon KALKOFF, la sarcoïdose vraie des sarcoïdoses d'organes isolés et des réactions sarcoïdiques locales.

Pour WILKINSON, la syphilis comme la brucellose, certaines infections mycosiques et d'autres affections virales ou bactériennes, peut produire une réaction tissulaire de type sarcoïde.

KODJ parlant de potentiel génétique de la maladie de BBS écrit : " la sarcoïdose est une réaction de certains individus qui possèdent la propriété de répondre par une sarcoïde à plusieurs agents".

Cet auteur rejoint l'opinion de DUPERRAT: "Il faut convenir que certains sujets réagissent sarcoïdosiquement à des agressions diverses et que, pour employer la phraséologie actuelle, la sarcoïdose est un certain style de réaction immunologique des tissus ".

Le tréponème jouerait ici le rôle tenu, dans d'autres circonstances par un corps étranger, un micro-organisme. C'est égale-

ment l'avis de PAUTRIER qui écrivait: "Dans l'ignorance où nous sommes de l'étiologie des sarcoïdes dermiques, pourquoi n'admettrions-nous pas qu'elles ne représentant qu'un syndrome qui, dans certains cas, peut être en rapport avec la tuberculose, dans d'autres avec la syphilis, dans d'autres encore avec d'autres infections ?".

Cette thèse intéressante est reprise par BERNSTEIN et LEIDER : ces auteurs suggèrent que des affections comme la lèpre, la tuberculose et la syphilis conduisent parfois à certains états immunobiologiques dont l'expression est une réponse tissulaire sarcoïdique, l'organisme causal de l'affection ayant été converti en - ou traité comme - corps étranger. Les états immunobiologiques les plus fréquemment rencontrés sont des variétés "hypersensibles", caractérisées par des réponses fulminantes et par de la nécrose. La réponse sarcoïdique est, elle, moins fréquente, torpide, non caséuse.

Ces différentes maladies produisent des réponses sarcoïdiques à un degré variable, le plus fréquemment pour la tuberculose, assez fréquemment pour la lèpre, plus rarement enfin pour la syphilis et les mycoses profondes.

Cette idée de BERNSTEIN est satisfaisant dans les cas où une sarcoïdose vraie, avec ses lésions cutanées, oculaires, ganglionnaires et viscérales apparaît chez un malade atteint de syphilis récente et dont les lésions guérissent non par la pénicilline mais par la corticothérapie (notre cas No. 1). Mais est-elle applicable aux cinq autres cas rapportés dans ce travail, ainsi qu'aux cas décrits dans la littérature où des lésions cliniquement typiques de syphilis secondaire révèlent une histologie sarcoïdique ? Comment faut-il interpréter cette image histologique ?

Est-elle due à un "terrain sarcoïdique" ou s'agit-il simplement d'une image histologique anormale de syphilis sarcoid-like, sans sarcoïdose vraie ?

L'efficacité du traitement antisypilitique (dans nos 5 derniers cas et dans les cas superposables de la littérature) est en faveur de cette hypothèse.

Qu'en est-il des cas de SINGH, de BERNSTEIN et LEIDER qui présentent des lésions histologiquement sarcoïdiques de nombreuses années après avoir été traités pour une syphilis (respectivement 20 ans et 18 ans après la lésion primaire) ? Ces lésions tardives montrent une grande sensibilité envers le traitement spécifique de la syphilis.

KAHN et GORDON pensent que ces granulomes apparaissant au cours de syphilis secondaires ou tertiaires sont plus fréquents qu'on ne le croit habituellement.

Il nous semble utile de rappeler ici en quelques mots la structure anatomopathologique du granulome épithélioïde : cet infiltrat nodulaire, comme le décrit F. BASSET-LACRONIQUE, est fait de grandes cellules à cytoplasme faiblement acidophile et à noyau réniforme, les cellules épithélioïdes. "Elles sont lâchement assemblées entre elles, leurs limites cytoplasmiques sont floues. L'ensemble du nodule possède souvent un centre ombiliqué, occupé par quelques débris de cellules inflammatoires dans les mailles d'un petit réseau d'aspect fibrineux. Autour de ce centre, les cellules ont parfois une disposition vaguement radiée. Des cellules géantes sont souvent enchassées parmi les cellules épithélioïdes ou au centre du nodule. Elles possèdent de nombreux noyaux disposés en couronne ou en fer à cheval, et on voit parfois dans leur cytoplasme une inclusion soit

astéroïde, soit faite de lamelles polycycliques plus ou moins calcifiées. Quelques éléments inflammatoires, lymphocytes, mastocytes, éosinophiles, peuvent se trouver dans l'intervalle des cellules épithélioïdes, ou autour des nodules.

WILLIAMS JONES, par ses travaux de microscopie électronique et d'histochimie, semble démontrer l'existence de formes de passage entre le lymphocyte et la cellule épithélioïde.

Y. GALLOPIN dans sa thèse consacrée à la "Diversité des formes extrathoraciques de la sarcoïdose", reprenant l'idée de JONES WILLIAMS, suggère le mécanisme pathogénique suivant : un groupe de lymphocytes activés seraient transformés en cellules épithélioïdes qui pourraient alors produire un facteur X, responsable d'une part de l'induction de la transformation d'autres lymphocytes en cellules géantes, et, d'autre part, du blocage des récepteurs immunologiques en surface des lymphocytes (d'où inhibition des réactions d'immunité cellulaire).

L'apparition de tels granulomes sarcoïdiques au cours de la syphilis secondaire n'est donc certainement pas exceptionnelle. Pour KAHN et GORDON, la possibilité d'une syphilis devrait toujours être présente à l'esprit du pathologue en présence d'un granulome sans caséification provenant d'un patient atteint d'une éruption papulosquameuse sans étiologie. C'est là que l'examen sérologique prend toute son importance.

Que ces faits soient considérés comme une hypersensibilité spécifique individuelle à un organisme infectant ou à l'effet du tréponème chez des sujets immunologiquement préparés, il importe de bien les connaître et de pratiquer les examens sérologiques nécessaires. Le traitement syphilitique apportera, dans la règle, la confirmation de la nature syphilitique de l'affection.

C O N C L U S I O N S

.-.-.-.-.-

De l'étude qui précède, on peut dégager, en forme de conclusions, les observations que voici :

- Au cours de la période secondaire de la syphilis, le nombre et la variété des images cliniques sont assorties de lésions histologiques dont la diversité leur est souvent étroitement liée, mais peut varier en fonction de l'ancienneté des lésions.

- Parmi la variété de ces images histologiques, nous nous sommes surtout intéressés aux images sarcoïdiques.

- Ces images sarcoïdiques ont déjà été observées par de nombreux auteurs : Pautrier, Gaté, Rousset, le Coulant, Bernstein, Biro, Lantis, Singh, Gahn et Gordon, Delacrétaz, rapportent de tels cas de syphilis secondaire avec image sarcoïdique, guérissant sous traitement antisyphilitique.

- Notre travail a porté sur 25 cas de syphilis secondaire que nous avons observés au cours de ces dernières années à la Clinique de Genève et chez lesquels une biopsie a pu être pratiquée.

- Parmi nos 25 cas, nous avons observé à 6 reprises une histologie sarcoïdique : 3 cas présentent une histologie sarcoïdique très nette ; dans les trois autres cas, l'aspect sarcoïdique est plus discret.

- Parmi les 19 autres cas, nous notons 3 formes péri-pilaires, 1 cas avec lésions vasculaires, 14 cas de vascularite avec infiltrat lympho-plasmocytaire et 1 cas de nécrose épidermique avec vascularite et infiltrat lympho-plasmocytaire.

- Six cas d'histologie sarcoïdique sur vingt-cinq cas de syphilis secondaire, c'est plus que la littérature ne le laisse supposer.

- Sur ces 6 cas, 5 répondent au traitement pénicilliné ; la responsabilité du tréponème est donc évidente.

Pour le sixième cas, la pénicilline est inefficace et le patient guérira sous traitement corticoïde. Dans ce cas, le tréponème a-t-il induit la sarcoïdose qui évolue ensuite pour son propre compte, le traitement spécifique étant inopérant ?

- Pour DUPERRAT, certains sujets réagissent sarcoïdosiquement à des agressions diverses.

- Selon PAUTRIER, les sarcoïdes dermiques ne doivent être considérés que comme un syndrome.

- Pour BERNSTEIN, certaines affections comme la syphilis conduisent parfois à des états immuno-biologiques dont l'expression est une réponse tissulaire sarcoïdique.

- S'agit-il de "terrain" sarcoïdique ? ou d'une image histologique anormale de syphilis ?

Quoi qu'il en soit, l'apparition de ces granulomes au cours d'une syphilis secondaire est plus fréquente qu'on ne le croit habituellement ; il faut insister sur l'importance de l'examen sérologique. Le traitement antisyphilitique apportera la confirmation de la nature syphilitique de l'affection.

BIBLIOGRAPHIE

- ADAM, W., KORTING, G.W. :
Lues maligna.
Arch. f. klin. und exp. Derm., 210, 14-26, 1960.
- BASSET-LACRONIQUE, F. :
Principales lésions histologiques constatées au cours
de la sarcoïdose.
Vie Méd. 48, 1827-1846, déc. 1967.
- BERNSTEIN, E.T., LEIDER, M. :
"Cutaneous sarcoidosis as an expression of syphilis".
J. Inv. Derm., 15, 75-79, 1950.
- BEZZOLA, A. :
A propos d'un cas de syphilis maligne précoce.
Thèse, No. 3189, Genève, Edit. Médecine et Hygiène, 1970.
- BIRO, L., HILL, A.C., KUFLIK, E.G. :
"Secondary syphilis with unusual clinical and laboratory
findings".
JAMA, 206, 889-891, 1968.
- CIVATTE, J. :
Syphilis.
Histopathologie cutanée, p. 31-32, Ed. méd. Flammarion, 1967.
- DEGOS, R., TOURAINE, R., COLLART, P., AUDEBERT, G. :
Syphilis maligne précoce d'évolution mortelle.
Bull. Soc. fr. Derm. Syph., 77, 10-15, 1970.
- DELACRETAZ, J., TAPERNOUX, B. :
Communication personnelle.
- DUPERRAT, B. :
La maladie de Besnier-Boeck-Schaumann vue par le dermatologue.
Rev. du Prat., XIX, No. 25, 1969.
- FOURNIER, J. :
Syphilides papuleuses.
Traité de la syphilis, I, 296-323, 1899.
- GALLOPIN, Y. :
Diversité des formes extrathoraciques de la sarcoïdose.
Thèse No. 3354, 10-49. Edith. Méd. et Hyg., Genève, 1973.
- GATE, J., ROUSSET, J. :
"Contribution à l'étude des sarcoïdes. A propos d'un
cas de syphilome tertiaire nodulaire à forme de sarcoïdes".
Ann. Mal. Vén. 24, 321-329, 1929.

GATE, J., MICHEL, P.J., THEVENON, J.A. :

"Sarcoïdes syphilitiques".

Bull. Soc. fr. Derm., 39, 1600-1601, 1932.

GROSSHANS, E. :

Histopathologie der cutanen Syphilisformen und Übrigen Spirochätosen.

In : DOERR, W., SEIFERT, G., UEHLINGER, E. :

Spezielle pathologische Anatomie, 7, 169-194, Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg, New York, 1973.

JEANSELME,

Anatomie pathologique

Traité de la syphilis, II,

JEERAPAET, P., ACKERMANN, B. :

"Histologic Patterns of Secondary Syphilis".

Arch. of Derm., 107, 373-377, mars 1973.

JONES WILLIAMS, W. :

The Fine Structure of Kveim Granulomas and Review of the Kveim Test.

Rapp. du Symposium européen de la sarcoïdose, Genève 1971.

Edit. Hallwag, S.A., 1972.

KAHN, L.B., GORDON, W. :

"Sarcoïd like granulomas in secondary syphilis".

Arch., Path., 92, 334-337, 1971.

KALKOFF, K.W. :

Definition und Ätiologie der Sarkoidose.

Dermatol. med. Wschr., 95, 505-509, 1970.

LANTIS, L.R., PETROZZI, J.W., HURLEY, H.J. :

"Sarcoïd granuloma in secondary syphilis".

Arch. of Derm., 99, 748-752, 1969.

LAUGIER, P., HUNZIKER, N. et BEZZOLA, A. :

Un cas de syphilis maligne précoce.

Bull. Soc. fr. Derm. Syph., 77, 15-16, 1970.

LAUGIER, P., HUNZIKER, N., ORUSCO, M. et REIFFERS, J. :

Les granulomes sarcoïdiques de la syphilis.

Méd. et Hyg. 30, 1407-1408, 1972.

LE COULANT, P. :

"Syphilis bismutho-résistante à forme clinique et anatomopathologique de sarcoïde.

J. de Méd. de Bordeaux, 112, 437-440, 1935.

LEVER, W. :

Syphilis.

In : Histopathology of the Skin, 319-327.

J. B. Lippincott Compagny, 4e ed., 1967.

MILIAN, G. :

Syphilis.

Dans : La nouvelle Pratique Dermatologique, II, 829-838, 1936.

MONTGOMERY, H. :

Syphilis.

in : Dermatopathology, I, p. 418, Harper and Row, New York.

PAUTRIER, L.M. :

Sarcoïdes et syphilis. Nécessité d'une révision du groupe des sarcoïdes.

Ann. de Derm., 5, 344-359, 1914.

SINGH, R., KAUR, D. PARAMESWARAN, M. :

"Sarcoidal reaction of the skin in syphilis.

Brit. J. ven. Dis., 47, 209-211, 1971.

WILKINSON, D.S. :

Sarcoidosis.

In : ROOK, A., WILKINSON, D.S., EBLING, F.J. :

Textbook of Dermatology. 1412-1436, Blackwell Scientific

Publicatour, 1972.

C

C

C

C

C

f

f

I

I

I

I

